دكتور محمد حسن غانم

العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين



مكتبة الأنجلو المصرية

العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين

(مع دراسة عن الانتكاسة : الأسباب - العلاج - الوقاية)

دكتور

محمد حسن غانم

معالج نفسى
وأستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة حلوان

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد - القاهرة

اسم الكتاب : **العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين**

اسم المؤلف : **د. محمد حسن غانم**

اسم الناشر: **مكتبة الأنجلو المصرية**

اسم الطابع: **مطبعة محمد عبد الكريم حسان**

رقم الإيداع : **٣٥٧٣ / ٢٠٠٥**

الترقيم الدولي : I.S.B.N 977 - 05 - 2120 - 5

الإهـــــداء

إلي الأستاذ الدكتور/ معتز سيد عبدالله

أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة القاهرة

حباً وتقديراً وعرفاناً واعتزازا

مفتتح الدراسة :

قال أديب فرنسا الكبير فيكتور هوجو: «فى الوقت الذي نبنى فيه مدرسة فإننا نمنع طفلاً من الانحراف» . وعلى نفس المنوال نقول: «فى الوقت الذي نبنى فيه مستشفي متخصصة لعلاج وتأهيل المدمنين فإننا نمنع شروراً وكوارث قد تطيح بأمن وآمان الجميع».

مقدمة

كثرت فى السنوات الاخيرة الكثير من البحوث والدراسات التي تحاول سبر أغوار المدمن والوقوف علي ديناميابته، ودوافع التعاطي والاستمرار فيه. بل الوصول إلى وجود علاقة ما بين البناء النفسى للشخص وطبيعة المخدر (المفضل) بالنسبة له . وهى جهود لا نستطيع أبداً أن نقلل من قيمتها...ذلك لأن الفهم هو الأساس والمنطلق الذى يجب ان ننطلق منه.

لكن الملاحظ أيضاً هو قلة وندرة الدراسات التي اهتمت بشأن العلاج والتأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات ..إذ من غير المعقول أن نظل ندور فى حلقة (دراسة نفسية المدمن) دون أن نقدم على خطوة وماذا بعد..لقد أدمن الفرد..وهذا هو الواقع الذى يجب أن نعترف به..فكيف نتصرف إزاء معطيات هذا الواقع؟

والحقيقة أن سيادة مفهوم التدخل الطبى أو الفارماكولوجى للتعامل مع الإدمان لا يفيد ؛ خاصة وأنه مرحلة أولية يجب أن يتبعها خطوات ، وأن الاقتصار على التدخل الطبى و(إنقاذ) المدمن من (جحيم الأعراض الانسحابية) التى يتعرض لها المدمن نتيجة لتوقفه عن التعاطى إنما هى مرحلة يتم من خلالها التعامل مع الأعراض ..وتقليل الإحساس بها .. وتظل المشكلة الأساسية فى كيفية التعامل مع (الهاجس الفكرى والوجدانى، واللهفة والشوق إلى معاودة التعاطى مرة أخرى وتحت شعارات كثيرة يرددها المدمن لنفسه من قبيل:

- أنا قوى أمام المخدر
- جرعة قليلة لن تؤثر
- أريد ان أجرب إرادتي في التعاطى مرة أخرى ثم أتوقف .
- جرعة قليلة لن تهدم أركان الكون فوق رأسي

أو :

- أنا ضعيف أمام المخدر
- المخدر قدرى الذى لا مفر من صداقته
- أعرف أننى سأجد حتفى على يد المخدر ، ورغم ذلك فشلت كل محاولات الهروب منه
- لا يعرف قيمة المخدر (أو الشوق) إلا من كابده (أى خبره وتعاطاه)

.. وهكذا يعاود الشخص الانتكاس مرة اخرى. وبالمناسبة الانتكاس Relapse جزء أساسي في منظومة حياة المدمن، ويجب أيضا أن يكون جزءا أساسيا في برنامج التأهيل والعلاج لأى مدمن..ذلك لأن الإدمان يكسب الشخص عديداً من العادات والاتجاهات التى اقترنت بالإدمان ..و أن العلاج الطبى اذا كان يستغرق عشرة أيام أو اكثر فإن العلاج النفسى والتأهيلى (بمختلف صوره ومحاوره ومجالاته) يستمر فترة على الأقل تقترب من العام وربما تزيد ؛ ولذا تؤكد الدراسات الجادة التى تناولت التأهيل أن مكانه لابد أن يكون في الصحراء.. حتى نشكل أو نعيد تشكيل الشخص من جديد..خاصة وأن الدراسات قد أثبتت أيضا أن الإدمان اذا كان يعد اضطرابا ، فإن وراءه مجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، التى تغذيه وتسانده وتدعمه..ومن أجل ذلك فإن العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات يفتح الباب علي مصراعيه لكافة التيارات والاتجاهات بل والاجتهادات لتقديم المساندة والمساعدة لكى يحيا الشخص (الذى كان مدمنا) حياة نظيفة بلا إدمان ..وبلا أى سلوكيات ترتبط فى ذهنه أو فى اتجاهاته بالإدمان.

ورغم أهمية موضوع العلاج والتأهيل ، فإن الدراسات التي تناولت هذا الجانب الهام والأساسى جد قليلة..وهذا ماحدا بالباحث إلى تناول مثل هذا الامر إذ أردنا كمعالجين أو كمسئولين أن نواجه حقيقة وجود علاج وتأهيل نفسي واجتماعى حقيقى لأى شخص يقع فى دائرة الإدمان ؛ خاصة وأننا نعلم أن العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات هو «حق يجب أن توفره الدولة للمدمنين ..هذا الحق قد كفله القانون وعديد من الاتفاقيات الدولية أمام المجتمع الدولى إستراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة التعاطى والإدمان فى مصر (**التقرير النهائى، ١٩٩٢ ، ٢١١-٢١٣**) .

وفى هذا الاطار حاولنا فى الجزء الأول تقديم ستة فصول : حيث تناولنا فى :

الفصل الأول: مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى من خلال تعرف واقع أبحاث الإدمان وقضاياه سواء على المستوى العالمى أو فى العالم العربى أو فى مصر، وأيضا تناول الحديث فى عجالة الواقع العلاجى والتأهيلى فى مصر والبلاد العربية.

وفى الفصل الثانى: تناولنا المفاهيم المرتبطة بالدراسة حتى يكون واضحا – ومنذ البداية– تحديدنا للمفاهيم المستخدمة.

وفى الفصل الثالث: تناولنا الاجتهادات المختلفة فى العلاج والتأهيل النفسى

والاجتماعى لمدمنى المخدرات ، من خلال التعرض لنظرية التحليل النفسى وما يمكن أن تساهم به فى علاج الإدمان، ثم النظرية السلوكية-بمختلف توجهاتها-وما يمكن ان تقدمه فى مجال العلاج والتأهيل لمدمنى المخدرات.

وفى الفصل الرابع: خصصناه للحديث عن قضايا واستشكالات فى علاج الإدمان، حيث تناولنا عناصر الموقف العلاجى، ثم المحاور الخاصة بعلاج الإدمان، ثم تحدثنا عن الفريق العلاجى ، الذى سيتم من خلاله التعامل مع مدمن المخدرات ومحددين-فى عجاله-الدور المنوط بكل عضو، ثم تحدثنا عن المدمن المنتكس، وكيفية التعامل مع المدمن المنتكس .

والفصل الخامس خصصناه عن العلاجات النفسية التى تقدم للمدمن سواء تلك العلاجلات النفسية الفردية أم الجماعية أم التدريب على ارجاع موجات المخ أم العلاج بالإبر الصينية ، وأخيرا تناولنا بالعرض للدراسات العربية- فى حدود علمنا-والتى تناولت علاج الإدمان.

وفى الفصل السادس: تناولنا التأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات، من خلال تقديم لما نقصده بالتأهيل وما يرتبط به من مفاهيم، ثم مبادئ التأهيل، ومحاوره، وتساؤلاته أو أهدافه الاستراتيجية والتكتيكية، ومكان التأهيل، ودور أخصائى التأهيل وخطوات التأهيل الاجتماعى، والجهود العربية فى مجال التأهيل سواء فى مصر أو البلاد العربية، واخيراً قدمنا وجهة نظر فى تأهيل مدمنى المخدرات، من خلال خبرة الباحث فى مجال العلاج والتأهيل لمدمنى المخدرات.

ومازال الباب مفتوحا لمزيد من الآراء والاجتهادات من أجل النهوض بمصرنا ووطننا العربى الحبيب

وفى الجزء الثانى تناولنا بالدراسة الانتكاسة من حيث : التعريف – الأسباب – المظاهر والأعراض وأخيرا العلاج والوقاية.

والله من وراء القصد.

د.محمد حسن غانم

الجـــزء الأول

العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين

الفهرس

أولاً : الجـــــزء الأول

الصفحات

الفصل الأول ١٩

مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي لمدمنى المخدرات

* واقع أبحاث الإدمان وقضاياه على المستوى العالمى. ٢٢
* واقع أبحاث الإدمان وقضاياه فى العالم العربى. ٢٣
* واقع أبحاث الإدمان وقضاياه فى مصر. ٢٣
* الواقع العلاجى فى مصر. ٢٧
* الواقع العلاجى والتأهيلى فى البلاد العربية. ٢٩
* أهمية دراسة العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات. ٣٠

الفصل الثانى ٣١

مدخل إلى تعريف العلاج والتأهيل وما يرتبط بهما من مفاهيم

-الإدمان. ٣٣
-المواد المخدرة. ٣٥
-الاشتياق. ٣٦
-التحمل. ٣٧
-الانتكاس. ٣٧
-الدافعية. ٣٩

-العلاج. ٤٠
-التأهيل. ٤٢

الفصل الثالث ٤٥
بعض الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي لمدمني المخدرات

- نظرية التحليل النفسى وعلاج الإدمان ٤٧
*مزايا النظرية. ٦١
*عيوب النظرية. ٦١
- النظرية السلوكية وعلاج الإدمان........ ٦٢
* نماذج من الفنيات السلوكية وعلاج الإدمان. ٦٣
*مزايا العلاج السلوكي. ٦٨
* عيوب العلاج السلوكي. ٦٩

الفصل الرابع ٧١
قضايا واستشكالات فى علاج الإدمان

* عناصر الموقف العلاجى:........ ٧٣
أ – المريض / المدمن. ٧٣
ب – المعالج. ٧٤
جـ– طبيعة الثقافة. ٧٦
* المحاور الخاصة بعلاج الإدمان. ٧٧
* الفريق العلاجى للإدمان.
أ–الطبيب النفسى. ٨٦
ب–الاخصائى النفسى الاكلينيكى. ٨٧

جـ-الأخصائى الاجتماعي. ٨٧
د-المرشد الدينى. ٨٨
هـ- مرشد التعافى. ٨٩
و-مرشد التأهيل. ٨٩
* المدمن المنتكس. ٩٧
* خطة للتعامل مع المدمن المنتكس. ٩٨
* الأخصائى النفسى وعلاج الإدمان: من البداية إلى النهاية. ١٢١

الفصل الخامس

العلاجـــات النفسية للإدمـــان

أولاً : العلاج النفسى الفردى ١٢٧
ثانياً : العلاج النفسى الجمعى ١٤٦
ثالثاً : التدريب على إرجاع موجات المخ ١٥٢
رابعاً : العلاج بالإبر الصينية ١٦٢
خامساً : العلاج فى مرحلة إعادة التأهيل ١٦٥
سادساً : جماعات المساعدة الذاتية ١٧٣
* الدراسات العربية فى مجال علاج الإدمان. ١٧٤

الفصل السادس

فـي التأهيل النفسى والاجتماعى

* ما التأهيل ؟ ١٨٩
* التأهيل فى مجال ادمان المخدرات. ١٩٠
* التأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات وما يرتبط بهما من
مفاهيم ١٩٣

* مبادئ التأهيل. ١٩٨
* المحاور الأساسية لبرامج اعادة التأهيل لمدمنى المخدرات. ١٩٨
* تساؤلات التأهيل. ٢٠٢
* الأهداف الاستراتيجية لبرامج التأهيل. ٢٠٣
* الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل. ٢٠٦
* مكان التأهيل. ٢٠٧
* دور أخصائى التأهيل. ٢١٠
* التأهيل النفسى الاجتماعى من واقع الدراسات الميدانية: ٢١٧
أ – الجهود العربية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعي. ٢١٧
ب– الجهود الأجنبية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعى. ٢١٩
* محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات: شهادات واقعية: ٢٢٤
أ– فى مصر. ٢٢٤
ب– فى البلاد العربية (المملكة العربية السعودية نموذجاً) ٢٢٨
* وجهة نظر فى التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات. ٢٣٠
* خاتمة ٢٣٣
- المراجع.
أولا: المراجع العربية. ٢٣٧
ثانيا: المراجع الأجنبية. ٢٤٩

ثانياً : الجزء الثانى

– مقدمة الدراسة ٢٦٧

الفصل الأول

مدخل لفهم الانتكاسة

– مقدمة ٢٧٣
– ما الانتكاسة ؟ ٢٧٥
– علامات الإدمان ٢٨١
– العلامات المنذرة بالانتكاسة ٢٨٨

الفصل الثانى

المواقف التى تدفع إلى التعاطى والانتكاسة

– مقدمة ٣٠٣
أولاً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المعالجين ٣٠٣
ثانياً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين المنتكسين ٣٢٠

الفصل الثالث

قضايا في علاج الانتكاسة

– مقدمة ٣٢٥
– المدمن المجهول ٣٢٦
– معنى الاعتراف «بأننى مسلوب الإرادة» ٣٢٩
– ماذا يعنى الاستسلام أو التسليم من جانب المدمن ٣٣٦
– برنامج «المدمنون المجهولون فى مصر» ٣٤١
– ديناميات الإدمان المتعدد ٣٤٢

– الإدمان واضطرابات الشخصية ٣٤٤
– موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة ٣٤٧

الفصل الرابع

دراسات ميدانية سابقة فى الانتكاس والعلاج ٣٥١

الفصل الخامس

كيف نواجه الانتكاسة

– مقدمة ٣٦٩
– كيف نواجه الانتكاسة ٣٦٩
– كيف يتعامل المدمن مع الرفض والنبذ ٣٧٧
– الوصايا العشر التى على المدمن اتباعها قبل أن ينتكس ٣٨٥
– ماذا نفعل لكى نتغلب على مرض (الإدمان) ٣٨٧
– اعتراف المدمن: ٣٨٩
* المدمن الأول ٣٨٩
* المدمن الثانى ٣٨٩

الفصل السادس

تمارين للوقاية من الانتكاس ٣٩٥

التمرين الأول : كيف تتعرف العلامات المنذرة للانتكاسة. ٣٩٥
التمرين الثانى : بيان يومى مفصل بالصفات والخصائص الشخصية. ٣٩٧
التمرين الثالث : فحص ذاتى ٣٩٨
التمرين الرابع : متى تعرف أنك تجابه شدة؟ ٤٠٠
التمرين الخامس : هل تواجه ضغوطاً فى عملك ؟ ٤٠١

التمرين السادس : أسئلة وأجوبة لمريض انتكس ، وكان فى فترة التأهيل.... ٤٠٣
التمرين السابع : التوتر : قائمة بالعلامات والأعراض ٤٠٥
التمرين الثامن : ماذا تفعل إذا شعرت بالقلق الشديد ٤٠٩
التمرين التاسع : الوصايا العشر للتغلب على مصادر القلق ٤١٠
التمرين العاشر : التدريب على فهم الذات ٤١١
التمرين الحادى عشر : الفقد المهم جداً فى حياة الإنسان ٤١٤
التمرين الثانى عشر : ثلاثية الهاجس الفكرى. ٤١٥
التمرين الثالث عشر : الانكسار : التعريف ، العلامات ، المواجهة ٤١٧
التمرين الرابع عشر : التخطيط للوقاية من الانتكاسة ٤٢٤
التمرين الخامس عشر : إدمان الكحول والمخدرات : إبقاء الفم فى حالة تجمد ٤٢٦
التمرين السادس عشر : معاونة المرضى لفهم أن الانتكاسة عملية إجرائية وليست حادثة. ٤٢٧
التمرين السابع عشر : موضوعات محددة للمناقشة فى جلسات العلاج النفسى الجماعى. ٤٢٨
التمرين الثامن عشر : نحو فهم أفضل للتعافى من مرض الإدمان ٤٢٩
التمرين التاسع عشر : استمارة استطلاع رأى المرضى حول المحاضرات التعليمية ضمن البرنامج اليومى ٤٤٢

المراجع

أولاً : المراجع العربية ٤٤٧
ثانياً : المراجع الأجنبية.. ٤٥٠

الفصل الأول

مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات

- واقع أبحاث الإدمان وقضاياه على المستوى العالمى.
- واقع أبحاث الإدمان وقضاياه فى العالم العربى.
- واقع أبحاث الإدمان وقضاياه فى مصر .
- الواقع العلاجى فى مصر .
- الواقع العلاجى والتأهيلى فى البلاد العربية .
- أهمية دراسة العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات .

الفصل الاول

مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي لمتعاطي المخدرات

مقدمة :

تعد مشكلة إدمان المخدرات Drug Addicition واحدة من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه غالبية (إن لم يك كل) المجتمعات للاسباب الاتية:

- إن مشكلة المخدرات برزت كمشكلة تحتل الصدارة– على الصعيد العالمى– منذ منتصف الستينيات (فى القرن الماضى) حتى الآن.
- وصلت معدلات التعاطى الى ذروتها عبر مسوح وبائية عديدة تمت فى عديد من دول العالم.
- شيوع الظاهرة بين مختلف الطبقات والفئات والأعمار.
- ظهور مواد نفسية Psychoactive substance أشد خطورة مثل الهيروين والكوكايين مقارنة بالمواد المخدرة التى كانت منتشرة من قبل.
- اقتران تعاطى المخدرات بعديد من المشكلات والأمراض الصحية الخطيرة ، مثل: التهاب الكبد الوبائى ، ومرض فقدان المناعة المكتسبة أو الإيدز. ولذا فإن إحدى الدراسات البريطانية – على سبيل المثال – قد أظهرت أن من بين مؤشرات نجاح العلاج بداية هو امتناع مدمنى الهيروين عن حقن أنفسهم بأدوات سبق استخدامها منعاً باتاً لعدم إصابتهم بفيروس الإيدز (Gossop. *et. al*., 1982) .
- اقتران تعاطى المخدرات بعديد من سوء التوافق النفسى والاجتماعى فى إطار البيئة الثقافية التى يعيش فيها الشخص المدمن. ولاشك أن العلاقة جدلية بين البيئة التى أفرزت هذا (المدمن) ، والظروف الاجتماعية التى تساعد على استمرار هذا (المدمن) ، والنتائج التى ترتبت على إدمانه من خلال تفاقم السلوك الإجرامى، والدخول فى مصادمات مع القانون والسلطة، بالإضافة الى ازدياد المغارم الاقتصادية نتيجة تعاطى المواد

المخدرة (سواء أكانت هذه المغارم على مستوى دخل المدمن وأسرته، أم على مستوى النظام الاقتصادى للدولة التى ينتمى اليها هذا المدمن) . (محمد حسن غانم ، ١٩٩٧) ، (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥) .

واقع أبحاث الإدمان وقضاياه على المستوى العالمي:

إن المتتبع لمؤلفات وأبحاث الإدمان وقضاياه يمكن أن يصنف هذه المجهودات إلى فئات أربع:

١- دراسات وبائية أهتمت بالكشف عن مدى انتشار التعاطى فى مجتمع ما، وشكل توزيع التعاطى بين فئات هذا المجتمع، وحصر للعوامل التى ترتبط بهذه الصورة من الانتشار.

انظر على سبيل المثال :

(Botvin, 1998)

(Meyer,D, *et al.*, 1999, pp:3-46)

٢- دراسات حاولت الكشف عن منشأ Etiology سلوك التعاطى ، حيث انصب اهتمام هذه الدراسات بالكشف عن الشخص الذى وقع فى (فخ) التعاطى ، من خلال التركيز على: العوامل المهيئة للتعاطى مع محاولة حصر هذه العوامل سواء أكانت خاصة بالفرد أم خاصة بالسياق الاجتماعى–الثقافى الذى يتواجد فيه الشخص.

انظر على سبيل المثال:

(Arif & Wester Meyer., 1988)

(Robert.J, *et al.*, 1999, pp: 119-148).

٣ – دراسات ركزت فى الكشف عن الاضطرابات الجسيمة والنفسية والمشكلات الاجتماعية التى ترتبت على التعاطى، أو الاستمرار فيه، أو الانتكاس (بعد المرور بخبرة علاج أو توقف)، وان هذه الدراسات تبرز حقيقتين:

الاولى: ارتباط الإدمان (فى الغالب الاعم) باضطراب التشخيص المزدوج Douldiagnosis ، حيث يرتبط التعاطى بالاضطراب سواء أكان هذا الاضطراب سابقا على فعل التعاطى، أم مرافقا له، أم مترتبا عليه.

الثانى: إن الشخص لا يستمر فى التعاطى بصوره عشوائية بل يكون الاستمرار فى التعاطى مرتبطاً بعديد من العوامل داخل الشخص ، وأهمها: أن الشخص يلجأ إلى المخدر كنوع من الدواء أو العلاج الذاتى Self Medi-cation .

انظر على سبيل المثال:

(Grimes & Swishe, 1989) (Sussman & Dent, 1996)

٤- دراسات أهتمت بالتصدى والتعامل مع مشكلة تعاطى المخدرات ، من خلال ثلاثة محاور:

-الوقاية

-العلاج

-التأهيل

إلا أنها فى الغالب دراسات قليلة

انظر على سبيل المثال:

(Christine. *et al.*, 1999) (Miller. *et al.*, 1998)

واقع أبحاث الإدمان وقضاياه في العالم العربي:

إن المتتبع لدراسات الإدمان، كما استنتج الباحث من خلال عرض لعديد من البحوث والدراسات الميدانية للإدمان فى العالم العربى-وتحديدا تلك الدراسات التى اجريت فى منطقة الخليج العربى-سوف يلحظ الآتى:

- الاهتمام بحساب النسب والتكرارات للبيانات الديموجرافية من قبيل: السن، التعليم، المهنة، الحالة الاجتماعية ..وهكذا.
- حساب النسب والتكرارات للاسباب المؤدية أو التى تقود الى التعاطى .
- أن غالبية الدراسات قد أجريت على المتعاطين المحكوم عليهم، والمودعين داخل السجون.

(محمد حسن غانم ، ١٩٩٦ ،ص ص ٨٣-٨٤)

ولذا .. فإن مسألة الاهتمام بمنشأ التعاطى، والعلاقة بين التعاطى والاضطرابات التى يمكن أن تترتب على ذلك، وكذا برامج الوقاية، والبرامج العلاجية والتأهيلية محدودة ، كما نجد الدراسات الميدانية التى اهتمت بمثل هذه الأمور فى العالم العربى قليلة إن لم تكن معدومة.

واقع أبحاث الإدمان وقضاياه في مصر:

فى دراسة للباحث حول «إسهام البحوث المصرية فى دراسة الإدمان-دراسة فى تحليل المضمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧» وجد عديد من الموشرات حول كثير من القضايا التى أثارتها الدراسات الميدانية ، مثل:

- قضية أسباب ودوافع الإدمان.
- قضية المواد المخدرة: أنواعها وأضرارها.
- قضية ديناميات شخصية المدمن.
- قضية النظريات التى فسرت عملية الإدمان.
- قضية بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان (الذكاء-الاغتراب-التنشئة الاجتماعية.....إلخ).
- مقارنات بين فئات من مدمني المخدرات داخل الثقافة الواحدة.
- مقارنات بين فئات من مدمني المخدرات-مقارنة عبر ثقافية.
- الأطفال والإدمان.

وخلص الباحث الى حقيقة عدم العثور على دراسات ميدانية قد تناولت : العلاج والانتكاس والتأهيل ومراحله.

(محمد حسن غانم، ١٩٩٩ ، ص ص ١٥٠-١٦٣).

وفى دراسة أخرى قامت بها نجوى الفوال حيث تناولت: ظاهرة المخدرات فى مصر-دراسة توثيقية وتحليلية للبحوث والدراسات الاجتماعية من عام ١٩٥٠-١٩٩٩ توصلت إلى النتائج الاتية:

- يوجد قصور فى الاهتمام بظاهرة المخدرات ، إذ إن ما تم إنتاجه من بحوث ودراسات حول ظاهرة المخدرات يمثل (٣٢٢) مرجعا.
- بالنظر إلي توزيع تلك البحوث والدراسات على سنوات الدراسة ، يتبين تركزها الشديد خلال السنوات الخمسة عشرة الأخيرة من القرن العشرين.
- غلبة الإنتاج العلمى الفردى على مجمل ما تم حصره وتوثيقة من دراسات وبحوث.
- نادراً ما تواصل اهتمام الباحثين المصريين فى دراسة الأبعاد الاجتماعية للظاهرة من زاوية التخصص الدقيق بعد الحصول على الدرجة العلمية .. ويستثنى من ذلك بعض الباحثين فى مجال دراسة البعد النفسى والجنائى

لظاهرة المخدرات فى مصر.

-تشير نتائج هذه الدراسة الى أن المؤسسات البحثية والأكاديمية العاملة فى مجال العلوم الاجتماعية قد استأثرت بأكثر من ثلث الإنتاج العلمى الاجتماعى من ظاهرة المخدرات، فى حين قلت نسبة مساهمة المؤسسات المنوط بها مكافحة المخدرات فى هذا الصدد.

– بينت نتائج الدراسة أن جزءاً كبيراً من بحوث ودراسات الأبعاد الاجتماعية لظاهرة المخدرات فى مصر لم يحظ بالنشر، ويحد هذا من خلق رأى عام متيقظ حول خطورة ظاهرة المخدرات.

– غلبت الدراسات حول محور الطلب على المخدرات على الدراسات الخاصة بمحور عرض المخدرات فى مصر، وتكاد تتساوى–من حيث العدد– الدراسات والبحوث الخاصة بالبعدين: النفسى والاجتماعى للطلب على المخدرات. بينما يعانى البعد الثقافى فى هذا الشأن من إهمال واضح من جانب الباحثين.

– من حيث مضمون الدراسات ، نجد تكثيفًا للبعد الجنائى ، ومثلت هذه الدراسات ما يقرب من ٤٠ ٪ من إجمالى ما أنتج من مراجع حول ظاهرة المخدرات.

– ما يقارب من نصف تلك الدراسات–فقط– هو الذى اتبع المدخل الإمبيريقى الميدانى فى دراسة الظاهرة.

– أن عينات الدراسة غالبيتها من مدمنى الحضر (وقلة من التجار) ، فى حين ان المناطق الريفية تعاني (ندرة) من البحوث عليها.

(نجوى الفوال ، ٢٠٠٢، ص ص ١٣٥-١٥٣)

وفى مصر ومنذ عام ١٩٥٧ ، وتحت مظلة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومن خلال الفريق البحثى الذى قاده: أ.د. مصطفى سويف، نجد دراسات متعددة قد تم إنتاجها من خلال التركيز على:

– مدى انتشار التعاطى فى المجتمع.

– أى المواد المخدرة أكثر انتشاراً.

– أى الشرائح أكثر استهدافاً للوقوع فى فعل التعاطى.

– الكشف عن عديد من العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية المرتبطة بالتعاطى.

وفى هذا الصدد ، تمت دراسة:

– طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى (**مصطفى سويف وآخرون،١٩٩١**)

– طلاب الجامعات (**مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩٥**).

– عمال الصناعة (**مصطفى سويف وآخرون ١٩٨٩**).

– شباب السائقين (**ابتسام الجعفراوى ، ٢٠٠٢**).

– شباب الأندية ومراكز الشباب (**احمد مجدى حجازى ،٢٠٠٢**).

– شباب العشوائيات (**ليلى عبد الجواد ، ٢٠٠٢**).

– الحرفيون وتعاطى المخدرات (**نادية حليم ، ٢٠٠٢**).

– المجتمعات المستهدفة للتعاطى والاتجار فى المخدرات .

(**علا مصطفى، ٢٠٠٢**).

وغيرها من الدراسات (الوبائية) التى تهتم بشرائح متعددة فى المجتمع ، ومدى انتشار التعاطى بينها فى المجتمع المصرى.

كما أن عديداً من دراسات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية قد أهتمت بالمحور الثانى ؛ أى دراسة العوامل المتشابكة فى المخدرات ، وكذا عديد من الدراسات التى قام بها باحثون (على المستوى الفردى).

(انظر دراسات سعد **المغربى** ١٩٨٤ ، ١٩٨٦، ودراسة **فاروق عبدالسلام** ١٩٧٦ ، وكذا دراسة **(Erich, 1999)**.

كذلك اهتم عديد من دراسات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، وكذا بعض الباحثين بدراسة العلاقة بين الإدمان والاضطرابات النفسية وأن الشخص قد يلجأ إلى المخدرات كنوع من العلاج الذاتى.

(انظر فى هذا الصدد وعلى سبيل المثال دراسات : **محمود رشاد ١٩٩٧ ، وخالد بدر ١٩٩٥ ، ص ص ٣٣٧–٣٨٢**)، و(**على مفتاح ١٩٩٤ ، ص ص ٨١–١٠٣**) وكذلك دراسات:

(Miller & Fine, 1993), (Kessler *et al*, 1996).

كذلك ركزت بعض دراسات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، وكذا بعض الباحثين على دراسة طرق الوقاية والعلاج والتأهيل..وإن كانت الدراسات فى هذا الصدد قليلة جدا ، وسوف نعرض لبعض هذه الدراسات لاحقا، وإن كنا نتفق مع ما أوردته نجوى الفوال فى نهاية تعليقها على أبحاث المخدرات فى مصر من عام ١٩٥٢ حتى ١٩٩٩ الى القول بأن .. الدور المنوط بالمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان التعاطى، يتعاظم قدره فى ملء الفراغ فى المكتبة العربية (**نجوى الفوال ، ٢٠٠٢ ، ص ١٤٥**).

الواقع العلاجى فى مصر

فى دراستين للباحث : الأولى (١٩٩٦) ..حيث أثار الباحث قضية العلاج فى مصر وقد أكد النقاط الآتية:

- إن مصر من أوائل دول العالم الثالث التى اهتمت بالمخدرات ومكافحتها ، وقد تمثل ذلك فى إنشاء لجنة..البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات منذ عام ١٩٥٧ حتى الآن ، وتحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- واستمراراً لجهود الدولة فى مواجهة مشكلة تعاطى المخدرات ، صدر قرار جمهورى بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، وكذا صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- فى عام ١٩٦٠ ظهرت بوادر التعامل الجاد مع الأزمة العلاجية للإدمان فى أن الذين يتقدمون طواعية لتلقى العلاج من الإدمان تسقط عنهم الدعوى الجنائية، بل يجوز للمحكمة أن تحكم على المدمن الذى يحاكم جراء إدمانه بالعلاج الإجبارى فى إحدى مصحات الدولة ، بدلا من أن تحكم عليه بالسجن.
- والبعض يرجع تاريخ الاهتمام بعلاج الإدمان فى مصر إلى عام ١٩٠٥، حين أسست جمعية المسكرات ، والتى أصبح اسمها فيما بعد : الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات.
- ظهرت الجهود الأهلية فى مكافحة وعلاج المخدرات ، من خلال إنشاء عديد من العيادات ، أشهرها عيادة العتبة (عام١٩٦٨) وعيادة السيدة زينب.
- لكن لدينا (٢٠٠) سرير لا غير .. حكومى وغير حكومى لعلاج حالات الادمان فى مصر.

- توجد عديد من المصحات الخاصة الاستثمارية لعلاج الإدمان ، تصل مبالغ العلاج اليومية فيها إلى مبالغ طائلة مما لا يقدر عليها إلا فئة القادرين.
- أن كثيراً من تلك المستشفيات الخاصة يمكن أن تتيح للمدمن - الذى ذهب للعلاج-مواد المخدرات إذ قد يجد داخلها تذكرة الهيروين أو حقن الماكستون فورت أمامه سهلة ميسرة ، من خلال طابور الطامعين والممرضين والممرضات، وهم يبيعون السموم للمرضى أغلى من شرائها فى خارج المستشفى.
- لابد من تدارك الأمر وإلا تحول الإدمان وعلاجه إلي مشكلة مزمنة.

(محمد حسن غانم ، ١٩٩٦ ، ص ص ٢٠٨-٢١١) .

وفى دراسة أخرى عن الواقع التأهيلى لمدمنى المخدرات فى مصر ، وجد الباحث الآتى:

- عدد أندية الدفاع الاجتماعى (١٤) نادياً.
- للجمعية المركزية (٨) فروع.
- بعض عيادات التأمين الصحى والصحة المدرسية يعمل بنظام العيادة الخارجية (وهو نظام لا يجدى فى علاج الإدمان).
- فى المؤسسات الحكومية يعامل الإدمان كأحد الأمراض النفسية ، التى يواجهها الطبيب ولا يتم النظر إليه كمشكلة فى حد ذاتها.
- أن نادى الدفاع الاجتماعى فى الغالب هو حجرة فى مكان ما أو على أحسن الفروض (شقة صغيرة) ، وليست مكاناً مهيئاً للتأهيل أو حتى للتعامل الجاد مع المدمن.
- أن التأهيل يحتاج إلى ميزانية كبيرة، وميزانية عمل إدارة دفاع اجتماعى لاتتعدى الـ (٣) آلاف جنيها فى العام (تكاد تكفى بالكاد الإيجار ومصاريف الإنارة والمياه).
- وبالتالى فلا نستطيع أن ندعى أن هذه المراكز والأندية تقوم بعملية التأهيل .. ولكن الأقرب إلى الواقع أنها يمكن أن تقى الشباب من الوقوع فى براثن الإدمان.

(محمد حسن غانم ٢٠٠٢ ، ص ص ٧٢-٧٤) .

الواقع العلاجي والتأهيلي في البلاد العربية:

لا توجد بيانات متوافرة عن هذا الامر لدى الباحثين بل نعتمد فى هذا الصدد على ما ينشر من ملخصات أو دراسات..ومعظمها -كما سبق وذكرنا- تندرج فى عداد الدراسات التى تركز على أسباب التعاطى..وفى الغالب تتم هذه الدراسات للمحكوم عليهم بالسجن سواء فى جرائم المخدرات أو جرائم أخرى متعلقة بالمخدرات وغيرها من الجرائم.

لكن توجد تجربة علاجية وتأهيلية جيدة فى الخليج العربى ، وتحديداً فى المملكة العربية السعودية والتى أنشئت عديداً من المستشفيات المتخصصة فى علاج الإدمان وفى كثير من المدن السعودية ..،كمثال مستشفى أمل الدمام والتى تصل طاقاتها الاستيعابية إلي ٢٨٠ مريضاً وبها أربعة أجنحة: ثلاث للدخول التطوعى، وجناح يتبع إدارة مكافحة المخدرات بوزارة الداخلية حيث يعالج به المتهمون فى قضايا المخدرات المختلفة.

أما عن العلاج فإنه يمر بعدة مراحل، حيث يتم تنويم المريض لمدة (١٠) أيام، للتعامل مع الاعراض الانسحابية .. وبعد هذه المرحلة ينتقل إلي الاقسام التأهيلية حيث يتلقى العلاجات النفسية، من خلال أولاً : تقييم قدرات وإمكانات الشخص، وتعرف ما تأثر من وظائفه المختلفة نتيجة التعاطى، ثم تحديد ما إذا كان سينضم مباشرة إلي العلاج النفسى الفردى أم العلاج النفسى الجماعى.. وهذا يسير فى خط آخر متوازٍ من خلال: الخدمة الاجتماعية ثم العلاج بالعمل أو الفن أو الرياضة.. وقد يستدعى الامر إجراء اتصالات مع أفراد أسرته..أو حتى مع عمله لتوضيح موقفه .. ثم ينتقل بعد ذلك إلي ما يسمى بوحدة الرعاية اللاحقة ؛ حيث يجد الأنشطة نفسها التي كانت موجودة فى الأقسام التأهيلية ، إلا أن تعامله هنا يكون مع البيئة الخارجية..حيث إن إمكانة التعرض للانتكاسة تكون محتومة.

علما بأن الفريق العلاجى يشمل كافة التخصصات من طب نفسى، علم نفس إكلينيكى ، أخصائى اجتماعى، تمريض (متخصص فى التعامل مع المدمنين)، وإرشاد تعافى ، والتأهيل العام ، العلاج بالعمل أو الفن أو الرياضة) ثم المرشد الدينى..وتشرف على البرنامج شركة «شريتار» العالمية فى علاج الإدمان..والتى تتبع أحدث التصورات الحديثة فى علاج الإدمان ، كما هو الحال فى الولايات المتحدة الامريكية، مما يجعلنا نقول بحق إن الخبرة العلاجية فى المستشفى تكاد أن تكون خبرة نادرة ، قل أن يوجد مثلها فى عالمنا العربى. (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ص٩٢).

أهمية دراسة العلاج والتأهيل لمتعاطي المخدرات:

لعل أهم دوافع الكتابة لهذه الدراسة الآتي:

١ – قلة الدراسات التي اهتمت بقضايا العلاج والتأهيل للإدمان .. إذ في الوقت الذى نجد كثرة فى الدراسات التى تتناول علاقة الإدمان بعديد من المتغيرات..أو دراسة المجتمعات (المستهدفة) للتعاطى.. نجد ندرة واضحة فى الدراسات التى تصدت لمحاور العلاج والتأهيل الحق لمتعاطى المخدرات.

٢– التركيز على تعدد المحاور التى يمكن ان تساهم معا وتتفاعل معاً فى التعامل مع ظاهرة المخدرات..بدلا من ان يدعى كل (علم) أنه الذى يملك العلاج الحاسم (وبمفرده) لظاهرة المخدرات..أو كما يقول محمد شعلان: يقول المشرع فى قانونى العلاج، والنفسي يقول فى دوائى الشفاء، والاجتماعى يقول في تدخلى النجاح (**محمد شعلان ، ١٩٨٦**) . بل الأقرب الى الصواب أننا نؤيد وجهة نظر مصطفى سويف من حيث إن ظاهرة المخدرات ظاهرة مركبة ومتعددة المكونات.. لذلك لا يمكن عقلا ولا واقعاً ان يتصدى تخصص واحد لاحتوائها والتغلب عليها..بل لابد من تآذر الجميع (**مصطفى سويف ١٩٩٦ ، ص٣٠**) .

٣ – ظهور عديد من ا لمفاهيم الخاطئة لدى كثير عن كيفية علاج الإدمان (حتى لدى شرائح من المثقفين) من خلال سهولة علاج الإدمان..وأن العلاج يقوم على (تغيير) دماء المدمن ودفق دماء جديدة تسير فى شرايينه وأوردته..تبعده عن الإدمان.. وللأسف فلو كان الأمر بمثل هذه السهولة ما كانت هناك مشكلة.

٤ – ظهور عديد من الإعلانات ، التى تستغل مساحات من جهل كثير بكيفية علاج وتأهيل المدمن–وتحرض على أن العلاج من الإدمان سهل..وأنه يستغرق ساعة وربما أكثر قليلا حتي (تتسلم) الشخص المدمن (ابنك أو اخيك أو حتى انت شخصيا لو كنت مدمنا) وقد تعافيت تماما من (محنة الإدمان)..وللأسف الشديد فلقد قرأت هذه الإعلانات فى عديد من الصحف القومية ، وكذا المجلات المتخصصة ، خاصة الفنية والتى تصدر سواء فى مصر أو لبنان، ..وطبعا يعرف اصحاب هذه الإعلانات (المكاسب المالية) دون (تمعن) فى كيفية تقديم العلاج النفسى والاجتماعى والتأهيل (بمختلف مراحله ومحاوره) ، لمن وقع فى (فخ) تعاطى المخدرات.

ومن أجل كل ما سبق نقدم هذه الدراسة.

الفصل الثانى

مدخل إلى تعريف العلاج والتأهيل
ومايرتبط بهما من مفاهيم

- الادمـــــــان .
- المواد المخدرة .
- التحـــــــمل .
- الانتكـــــاس .
- الدافعـــــية .
- العـــــلاج .
- التأهـــــيل .

الفصل الثانى
مدخل إلى تعريف العلاج والتأهيل
وما يرتبط بهما من مفاهيم

مدخل إلى المفاهيم

تتعدد المفاهيم المرتبطة بالعلاج والتأهيل لمتعاطى المخدرات..ويمكن إدراج هذه المفاهيم فى:

أولاً: الإدمان Addicition

إن المتتبع للمفاهيم المرتبطة (بفعل التعاطى) يلاحظ الآتى:

أ – تعدد المفاهيم المرتبطة بالإدمان ، ومن هذه المفاهيم : التعاطى Drug Abuse استخدام المخدرات Drug Use ، إدمان المخدرات Drug Addicition، الاعتماد على المخدرات Drug Dependence ، (بشقيه : الاعتماد النفسى Psychological Depenence والاعتماد العضوى Physical Dependnce) والاعتياد على المخدرات Drug abituation .

٢ – إن كثيراً من البحوث تستخدم بعض المفاهيم مثل : الإدمان والتعاطى والاعتماد وبالتناوب دون الاستقرار على مفهوم واحد طوال عرض البحث.

٣ – إن البعض لا يتكلف مشقة أن يوضح ما اذا كانت هناك فعلا فروق بين هذه المفاهيم أم لا.

وسوف نشير فى عجالة الى المقصود بكل مفهوم ، ثم نوضح موقفنا من هذه المفاهيم.. والمفهوم الذى سنستخدمه فى هذه الدراسة وأسباب ذلك.

١ – **استخدام المخدرات** Durg use وهو أبسط صور استخدام المخدر حيث بإمكان الشخص أن يستخدم المخدرات فى المناسبات، ولكن لا يسعى توقا الى البحث عن المخدر ، لكن إذا توافر (وتواجد) لا مانع من استخدامه.

٢ –**تعاطى المخدرات**: Drug Abuse حيث يسعى الفرد للحصول على المخدر، وإذا ترك الشخص المخدر فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك، إلا أنه لايصل إلى مرحلة الاعتماد ، على الرغم من أن التعاطى قد يحدث خللاً فى بعض الوظائف الحياتية للمتعاطى.

٣ – **الاعتماد على المخدر:** Drug Dependnce: وهى حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات ، تحتوى دائما على عنصر الرغبة القاهرة فى أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على اساس مستمر أو دورى، لكى يخبر آثارها النفسية واحيانا لكى يتحاشى الآلام المترتبة على افتقادها، وأحيانا قد يصحبها تحمل أو لا يصحبها ، وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر، وتستخدم أحياناً (زملة أعراض الاعتماد) لوصف مجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية.

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦، ص ص ١٨-٢٠)

٤– **ادمان المخدرات:** Drug addicition حيث الرغبة القهرية الملحة من قبل الشخص فى الحصول على المخدر بأية طريقة كانت ، وأن يجد الشخص نفسه مقهوراً على الاستخدام المفرط للمخدر ، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه ، مع نزعة قوية للانتكاسة(**Bium, 1984 من خلال راشد الباز ، ١٩٩٩ ، ص٤٠).**

إلا أننا نفضل– فى هذا السياق– استخدام مصطلح إدمان ، والذى يعني : «التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، بل تصبح حياة المدمن تحت سيطرة المادة المخدرة لدرجة استبعاد أى نشاط آخر ، غير الاهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه..، هكذا .

ومن أهم سمات الشخص المدمن الآتى:

أ – ميل إلي زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بمصطلح (التحمل).

ب– اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.

جـ – حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

د – رغبة قهرية قد ترغم المتعاطى على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأية وسيلة.

هـ – تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

(مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص ١٧-١٨).

ثانيا : المواد المخدرة : Drrugs

(وتعد المواد المخدرة الحلقة الثانية من حلقات الإدمان..إذ لا يوجد إدمان دون مواد مخدرة).

وبداية يشير مصطفى سويف (١٩٩٦) إلى أن مصطلح المخدرات يشير إلى معانٍ متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً مع المقصود منه الى هذا المعنى أو ذاك ، ولذلك يتحرج كثير من أهل الاختصاص الآن فى استخدامه إلا فى أضيق الحدود. **(مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ١٦٢)**

ولذا يرى محيى الدين أحمد حسين (٢٠٠٢) أنه يؤثر استخدام مصطلح «مواد مؤثرة فى الجهاز العصبى» بديلا عن «مواد مخدرة الشائع استخدامها فى سياقنا المحلى؛ لأن عبارة مواد مخدرة أضيق من ان تستوعب مواد أخرى مؤثرة فى الجهاز العصبى كالمنشطات على سبيل المثال.

صحيح أن المواد المخدرة هى الأكثر شيوعاً فى سياقنا المحلى، وهذه نقطة جديرة بالنظر والملاحظة والدراسة على ضوء المتغيرات الثقافية والاجتماعية السائدة لدينا .. إلا أنه تبقى ضرورة أن يكون التعريف إطاراً يسمح باستيعاب المتاح وغير المتاح من المفردات المختلفة.

وصحيح أيضا أن مصطلح «مواد مؤثرة فى الجهاز العصبى»قد يكون من السعة؛ بحيث يستوعب مالايمكن أن يدرج فى فئة المخدرات .. إلا أنه تبقى عبارة غير مشروع أو غير طبى معينة على أن تقتصر دائرة المواد المؤثرة فى الجهاز العصبى على مجال اهتمامنا الحالى. **(محيى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٢ ،ص ص ٣٢-٣٣)**.

وتعرف المخدرات بأنها أى مواد مخدرة يتعاطاها الشخص بصورة منتظمة، وتقود إلي عديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبى المركزى ، ولما تحدثه من الاضطرابات فى الإدراك أو المزاج أو التقيد أو السلوك

(مصطفى سويف وآخرون ١٩٩١ ، ص١٣).

ونرى أن هذا التعريف هو الأقرب الى الواقع، وإن كنا نرى أن تأثير المخدرات قد يحدث كل ما سبق من حيث تدهور فى الإدراك والمزاج، والتفكير، .. وكل ذلك إنما ينعكس على سلوك الشخص المتعاطى، فضلا عن أن ظاهرة تعاطى المخدرات وتأثيراتها المختلفة قد طرحت مسألة الاختلافات فى تحديد أو تضييق نطاق المخدرات.. إلا أننا يمكننا حصر المتغيرات التى قادت إلى هذه الاختلافات فى :

- نوع المخدر ودرجة تخديره وطبيعته من حيث التهدئة والتسكين أو التنبيه.
- علاقة المخدر وآثاره المختلفة.
- علاقة المخدر بدرجة الاعتماد أو الاعتياد.
- طريقة تعاطى المخدر.

– طبيعة التكوين الفردى من الناحية الجسمية والنفسية وعلاقتها بالاستجابة للمخدر. **(سعد المغربى، ١٩٨٦ ، ص ص ٤٣-٧٦)**

ولذا فإننا نفضل استخدام مصطلح (مواد مخدرة) في هذا السياق ، مادام أن هذا الاستخدام غير طبى وغير مشروع ، ويقود فى الآن نفسه إلى عديد من الاضطرابات مثل : اضطراب الإدراك والمزاج والتفكير والانفعال..،وكل ما سبق بالطبع ينعكس على أداء السلوك.

ثالثاً : الاشتياق Craving

ونقصد بهذا المصطلح أن المدمن بعد فترة من تعاطيه المواد المخدرة ، أو المادة المخدرة التى يفضل تعاطيها .. فإذا تعاطاها بطريقة منتظمة ومستمرة لا توجد أى مشكلة (من وجهة نظر الشخص المدمن) .. إلا آن هذا الاستمرار فى التعاطى يكون قد ارتبط فى ذهن المتعاطى بعديد من العلامات التى تجعله يشعر بالسرور (فى حالة استمرار التعاطى) .

وإذا كان هذا المصطلح يشير فى البداية إلى طبيعة الاشتياق أو اللهفة، في مجال تعاطى الهيروين .. إلا أن هذا المصطلح (الاشتياق) قد تم استخدامه بصورة أكثر شمولا واتساعا ليشير إلى اللهفة القوية في تعاطى أي مادة مخدرة ، يكون الشخص المدمن قد اعتاد تعاطيها . **(Baver,1992., P:52)**

وهو التعريف نفسه الذي يقدمه مصطفي سويف (١٩٩٦) من حيث إنه ،رغبة قوية في الحصول علي آثار مخدر أو مشروب كحولي ، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية ، فهى لا تفتأ تراود فكر المدمن ، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة.

(مصطفي سويف ، ١٩٩٦، ص ١٨٢)

رابعاً : التحمل: Tolerance

وهو مصطلح يقصد به في مجال إدمان المواد المخدرة أن الشخص الذى قد اعتاد تعاطى جرعة محددة من مادته المخدرة (المفضلة لديه)، وكان يحصل على آثار نفسية وجسدية (ترضيه) ..وهذا الاعتياد (للجرعة نفسها)، لم يعد (يرضيه) و(يشبعه) كما كان من قبل..ولذا يميل الشخص إلى زيادة الجرعة المتعاطاة، وقد يقوده ذلك إلى ما يمكن أن نسميه (الجرعة الزائدة)، والتى تقوده الى الوفاة.. نتيجة أن الشخص (يجهل) الكمية والتأثير الذى بإمكان جسده ان يتحمله.

(Robert. *et al.*,1999)

خامساً : الانتكاس Relapse

بداية يجب أن نشير الى أن مفهوم الانتكاس جزء أساسى من عمليات الإدمان .. بل العلاج والتأهيل.

ويشير مصطلح الانتكاس إلى الفشل فى المحافظة على نمط التغيرات ، الذى طرأ على السلوك ، ولا تشير الانتكاسة فقط الى الحدث الذى تم من خلاله التعاطى، وعدم الالتزام بقواعد التعافى، وإنما أيضا (الجهل) بمجموعة العلامات المنذرة والتى تظهر قبل وقوع الشخص فى فعل التعاطى، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بعض الاشتياق واللهفة craving من داخل الشخص المتعافى (أى المتوقف حاليا عن فعل التعاطى) .

وقد حدد كثير من المراجع المتخصصة فى مجال علاج وتأهيل المدمن عديداً من العلامات ، التى يجب ان ينتبه إليها الشخص المتوقف عن التعاطى - نتيجة المرور بخبرة العلاج، وكذا أعضاء الفريق العلاجى، بل والأشخاص المحيطين والمتعاملين مع هذا الشخص.

والعلامات المنذرة بالانتكاسة هى:

١- الخوف من الاستمرار فى الحياة دون مخدر أو شراب.

٢- الإنكار Denial وعدم تقبل الواقع.

٣- التظاهر بالطاعة المبالغ فيها (ينفذ بلا مناقشة) .

٤- إجبار الآخرين علي الطاعة.

٥- الميل إلى السلوك الدفاعى و(تجهيز) المبررات لكل سلوك.

٦- التدخل فيما لا يعنيه ، وكأنه يريد إصلاح الكون والآخرين.

٧- اكتئاب خفيف.

٨-النظرة الضيقة للأمور.

٩-الشعور بعدم الراحة (الانتعاش) .

١٠-تزايد الإحساس باللامبالاة.

١١- الرفض التام لأى مساعدة.

١٢-الأسف على النفس والأسى عليها.

١٣-عدم الانتظام فى مواعيد الطعام.

١٤-المرور بفترات من الارتباك (وعدم القدرة على تحديد الأمور) .

١٥–التوتر السريع لأى مثيرات حتي وإن كانت قليلة ، مع الآخرين.

١٦– سرعة غضب.

١٧– فقدان القدرة على التفكير المنظم والتخطيط القائم على (معطيات) من الواقع.

١٩– السخط وعدم الرضا عن أى شيء موجود فى هذه الحياه.

٢٠– الشعور بأنه عاجز وضعيف (ولا حول ولا قوة له).

٢١– التفكير فى التعاطى وتبدأ هذه الحيلة بأن يتعاطى – مثلا هكذا يقول لنفسه–كمية ضئيلة، وهذه الكمية لن تهزم كل هذه الأيام التى ظل فيها دون تعاطى..ويقنع نفسه بأنه: (قليل من التعاطى لا يضر)، أو البدء فى التعاطى القليل.

٢٢ –الميل إلى سلوك الكذب.

٢٣– فقدان الثقة فى النفس.

٢٤–العودة إلى زيادة الجرعات وبكميات كبيرة ، (خلاص وقعت الفأس في الرأس..) فلتزد أذاً كمية المادة المتعاطاة ..

(Daly. & Marylatt, 1992., p. 533)

(Marsham.,1999., pp. 367-394)

ولذا فإن جانبا مهما من جوانب البرامج العلاجية والتأهيلية يهدف فى المقام الأول، إلى تعرف العلامات المنذرة cues بالانتكاس ، ولذا يجب ان يتم الآتى:

– تدريب الفرد على التعرف على العلامات المنذرة بالانتكاس.

– التدريب على مواجهة الثقة الزائدة فى النفس اثناء التعافى.

– مواجهة الإنكار.

– ضرورة أن نفرق بين مصطلح الانتكاسة Relupse والسقطة أو النكسة Lapse، حيث يشير المصطلح الأخير إلى أن يأخذ المدمن جرعة أو كأسا ثم يسارع إلي المستشفي للعلاج، فى حين أن المصطلح الأول (الإنتكاسة) يشير إلى الإستمرار في التعاطى بل وبصورة كثيفة.

انظر فى هذا الصدد :

(محمود رشاد ، ١٩٩٧، ص ٧٥) .

(ماجدة حسين ، ١٩٩١ ،ص ص ١٢٥–١٤٥) .

سادساً : الدافعية: Motivation

نعــرف أن خــلف كل ســلوك دافع ســواء أكــان الشـخص علي علم به أم لا **(Mc clelland., 1984).**

ولذا فإنه حين يتقدم المدمن للعلاج ، يجب أن نتفهم الدوافع التى تكمن خلف هذا السلوك.. إذ قد يتقدم المدمن للعلاج نتيجة رغبة صادقة فى التوقف تنبع من داخله، أو قد يقدم للعلاج نتيجة لعديد من العوامل والظروف الخارجية ، وأن تقوية دافعية المريض المدمن للاستمرار فى العلاج ، وكذا التأهيل مهم جدا فى (تعافيه).

وفى دراسة سابقة للباحث عن الدافعية للعلاج لدى المدمنين حيث قارن بين دافعية التردد للعلاج لدى مجموعة من المدمنين المصريين والمدمنين السعوديين.. فتوصل إلى عديد من الدوافع ، التى تكمن خلف التردد للعلاج فى المستشفى. ووجد أن دافع «إرضاء الأسرة» دال لصالح المجموعة السعودية، فى حين أن (الأهل أجبرونى) دال لصالح المجموعة المدمنة المصرية..إضافة إلى عديد من الدوافع الأخرى ، مثل:

- للانتكاسة.
- هروب من مشاكل خارج المستشفى.
- أريد أن أبدأ حياة جديدة.
- عدم توافر المادة المخدرة (فى السوق).
- محول من العمل.
- (أربي عروق).
- محول من شرطة مكافحة المخدرات.
- لم أجد مأوى إلا هنا.
- لا أعرف.
- للعلاج.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٣١-٤٥).

ولذا تعرف الدافعية: بأنها مفهوم افتراضى ،يفترض خلف زيادة فاعلية المدمن للمشاركة فى الأنشطة العلاجية والتأهيلية ؛ حتى يصل إلى مرحلة (التعافى) التام من آثار المادة المخدرة التى كان يتعاطاها من قبل. ولابد أن يتجه (الفريق العلاجى) إلى العمل على زيادة (دافعية المريض الداخلية) فى استكمال البرنامج العلاجى والتأهيلى، بل وإمكانية أن يحيا دون مخدر، ويستمتع بحياته-أيضاً-دون مخدر.

وغالبا ما يكون الأفراد ذوو التحكم الداخلى على درجة عالية من الدافعية ؛ لأنهم يشعرون بأن نتائج أفعالهم متوقفة عليهم ، وأن يكون ذوو مركز التحكم الخارجى على درجة منخفضة من الدافعية لأنهم يشعرون بقلة الحيلة ، وأنهم عاجزون عن فعل أى شيء لتغيير مسار حياتهم..ولذا يجب أن تتجه البحوث إلى زيادة عنصرين لدى الشخص المدمن (الذى ذهب للعلاج والتأهيل) ، وهما:

المثابرة ، والدافع إلى الانجاز، وتتحدد المثابرة فى استمرار الفرد فى بذل الجهد حتى يحقق ما يريد. أما الدافع إلى الإنجاز فيتحدد تعريفه من رغبة الفرد أن يوجد معنى لحياته من منظور الإنجاز.

(محيى الدين أحمد حسين ، ٢٠٠٢، ص ص ٥٤-٥٥)

سابعاً : العلاج: Treatment

تتعدد التعريفات والتنويعات والتصنيفات التى تحتوى المفهوم العلاجى أو يشملها..بيد أننا سنقصر حديثنا عن مفهوم العلاج الذى يقدم للشخص المدمن (لأنه بالطبع يختلف عن نوع آخر من العلاج لشخص يعانى من مرض عضوى).

إلا أننا نتفق مع ما يورده مصطفى سويف (١٩٩٦) قبل أن يدخل فى إجراءات العلاج وتعريفه فى مجال الإدمان..حيث يورد الملاحظات الآتية:

١- هل المدمن مريض أم مذنب ، فإذا كان مريضاً فلماذا العقاب ، وإذا كان مذنبا..فلماذا العلاج (ولابد من تحديد هذا الجانب أولاً).

٢ - إن مفهوم العلاج فى الإدمان يتعدى مفهوم العلاج الدوائى ، والذى يعد فى حالة الإدمان جزءاً من تدخل أوسع من ذلك بكثير ، وهو التدخل الدوائى- النفسى-الاجتماعى.

٣ - يردد البعض أن لا فائدة من علاج الإدمان والمدمنين ؛ لأن المدمن ينتكس (أى يعاود التعاطى) بمجرد خروجه من المستشفى ، وهذا يؤكد ما سبق أن ذكرناه من ضرورة أن يكون التدخل العلاجى غير مقتصر على التدخل الدوائى فقط ، بل لابد أن يتبعه ويلازمه أو يترتب عليه تدخل نفسى واجتماعى وتأهيلى.

٤ - إن أى دولة تكون طرفًا في التصديق على الاتفاقيات الدولية الرئيسية المنظمة لموضوع التعامل فى المخدرات . والمواد النفسية، لا تستطيع التنصل من مسؤولياتها عن توفير أسباب العلاج بالمعنى الطبى النفسى الاجتماعى المتكامل ؛ لأن هذه الاتفاقيات تنص على هذه المسؤولية صراحة. **(مصطفي سويف، ١٩٩٦ ، ص ص ٢١٧-٢١٩)**.

ولذلك نقصد بالعلاج فى مجال الإدمان: جميع إجراءات التدخل الطبى والنفسى الاجتماعى، التى تؤدى إلى التحسن الجزئى أو الكلى للحالة مصدر الشكوى ، وللمضاعفات الطبية ، والطبية النفسية المصاحبة (**لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢**) . وغالبا ما يبدأ علاج الشخص المدمن أولاً بالتدخل الطبى ، والذى يهدف إلى (تطهير) الجسم من السموم (أى سموم المخدرات) ووضع حد للاضطرابات والأعراض العضوية.. وكذا وضع (خطة طبية-علاجية) لكى يستعيد الشخص المدمن (عافيته) حيث إن الإدمان -فى الغالب-يصرفه عن الاهتمام بصحته أو الاهتمام بنوعية غذائه.. ثم بعد ذلك (أى بعد العلاج الطبى الذى انصب على الجسم وحاول وقف التدهور، يبدأ التقييم النفسى والاجتماعى والتأهيلى حتى يظل المدمن (السابق) فى حالة (تعاف)، والعمل على (تخليصه) من كثير من السلوكيات (الإدمانية)..وإجراء بعض التعديلات فى بيئة المدمن (السابق) بهدف التخلص من المثيرات الداعمة لموقف أو مواقف التعاطى، والتى (كانت) تساعد على (استمرار التعافى) ومن ثم (فشل) التوقف أو حتى (استمرار) العلاج.

(La Salvia,1993., pp. 439-444)

ثامناً: التأهيل : Rehabilitation

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم التأهيل.إذ يقصد به «عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التى تسمح بدنيا ونفسيا واجتماعيا بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم، مما يمكنهم من استغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم فى مرحلة العمر نفسها» **(Shahendah 1995 من خلال مصطفى سويف ، ١٩٩٠)** .

ويعرف على أنه ..مجموعة الإجراءات التى تتخذ حيال مدمنى المخدرات ومتعاطيها لإعدادهم نفسيا واجتماعيا وطبيا لممارسة أدوارهم الاجتماعية والمهنية الطبيعية ، التى خلعوا أنفسهم منها جراء اعتمادهم على مادة من المواد المؤثرة فى الجهاز العصبى.

وبتعبير آخر، وتأسيساً على صياغة منظمة العمل الدولية، يعرف التأهيل على أنه مجموعة الإجراءات التى تتخذ كسبيل إلى تمكين المدمن من الإقلاع عن إدمانه ، واتخاذ مسار له فى الحياة يباعد بينه وبين خبرة الإدمان، وكذلك معاونته على الوصول إلى وضع بدنى ونفسى واجتماعى ، يمكنه من مواجهة مواقف الحياة المختلفة بقدر من الفاعلية كفيل أن يحقق به فرصاً فى الحياة ، تتناظر مع الفرص المتاحة لأقرانه من أبناء المجتمع الذين يماثلونه عمراً.

وينطوى هذا التعريف على مجموعة من الحقائق الأساسية ، هى:

١ – ليس المقصود بالتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمن المخدرات أنه إجراء متمم لأية خدمة طبية محدودة كانت فى حجمها أو متسعة، فالعكس هو الصحيح.

٢ – ليس الهدف من التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات هو إعادة المدمن إلى الحالة التى كان عليها قبل التورط فى خبرة الإدمان ، بل الوصول بالمدمن إلى إيقافه عن نهجه في الحياة ، والذى تحلل من خلاله عن أدواره الطبيعية الأساسية (العمل ،الأسرة،المجتمع العريض) ليعتمد على المخدرات وإحداث تغييرات فى سلوكه.

٣ – إن مفهوم الخلع (أى يخلع المدمن نفسه من أدائه لأدواره فى المجتمع)، وإن بدا مقترنا بالتورط في الخبرة الإدمانية ، فإن عديداً من الدراسات قد كشفت عن حقيقة مؤداها أن المدمن حتى قبل أن يقع فى خبرة الإدمان ، كان لديه عديد من السلوكيات المهيئة للوقوع فى الإدمان، ولذا فإن التأهيل يهدف إلى:

أ – تدريب المدمن (السابق) على ممارسة أدواره الطبيعية ، التى كان يقوم بها (قبل انخراطه فى الإدمان).

ب – تسكينه فى نسيج الحياة الطبيعية لممارسة هذه الأدوار (السياق الاجتماعى).

٤ – تسليح المدمن بقدر من المهارات الاجتماعية اللازمة لحسن توافقه مع الإطار الاجتماعى العريض، وأن يكف عن الإدمان، وأن يجد طريقه فى الحياة الطبيعية بسهولة ويسر.

٥ – أن يقدم التأهيل لا بوصفه (منظومة فردية) بل باعتباره منظومة متكامله مع غيرها من الإجراءات الأخرى.

(محى الدين احمد حسن، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٤–٢٢).

علمًا بأن التأهيل يرتبط بعديد من المفاهيم الأخرى..سنحاول ذكرها حين نتحدث فى فصل التأهيل تفصيلا.

تلك كانت أبرز المفاهيم التى ترتبط بمفهومى العلاج والتأهيل.

الفصل الثالث

بعض الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات

- نظرية التحليل النفسى وعلاج الإدمان .
- مزايا نظرية التحليل النفسى .
- عيوب نظرية التحليل النفسى .
- النظرية السلوكية وعلاج الإدمان .
- مزايا العلاج السلوكى .
- عيوب العلاج السلوكى .

الفصل الثالث

بعض الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي لمدني المخدرات.

مقدمة :

تتعدد الاتجاهات والنظريات المختلفة ، التي حاولت أن تقدم تصورا لكيفية التعامل مع الإدمان..وبالطبع..كما يذكر مصطفى سويف (١٩٩٦) فأن المجال يتسع ليس لإسهامات علماء النفس فقط ، بل يمتد المجال ويتسع ليشمل عدداً كبيراً من العلوم الإنسانية وغيرها في التصدي لهذه المشكلة المعقدة والمتشابكة (**مصطفى سويف ، ١٩٩٦**) .

وسوف نذكر بعض النظريات والاجتهادات في هذا الصدد :

أولاً : نظرية التحليل النفسي:

لعل فرويد- مؤسس مدرسة التحليل النفسي-يكرر تأكيد أن التحليل النفسي له ثلاثة معانٍ مختلفة:

١ -طريقة للعلاج تستخدم أساساً التداعي الحر free association ، وتعتمد على تحليل الطرح والمقاومة.

٢ -مجموعة من النظريات في الوظائف السيكولوجية للكائن البشري تؤكد على أن دور اللاشعور والقوى الدينامية في الوظائف النفسية.

٣ - طريقة للبحث في وظائف وعمل العقل سواء كانت سوية أو لا سوية إلا أنه يجب تأكيد أن العلاج والنظرية والبحث يؤثر كل منهما في الآخر (**لويس مليكه، ١٩٩٠، ص ص ٩-١٠**) .

إلا أننا يجب أن نشير للقارئ بأن التحليل النفسي يضم بين ثناياه نظريات وتوجهات وآراء عديدة جداً..حيث انشق بعض تلامذته عليه، واختلفوا معه بدءاً من (اسم النظرية) حتى (المضمون) فينادي-مثلا-أدلر بعلم النفس الفردي Individual Psychology ، وينادي كارل يونج بعلم النفسي التحليلي Analytical Psychology **بدلاً من التحليل النفسي..وهكذا.**

ويحسن قبل أن نعرض لوجهة نظر التحليل النفسى أن نشير إلى أهم مسلماتها، وتتلخص فى:

١- أن ظاهر الإنسان بخلاف باطنه، وعلى هذا فكل ما يرتبط بالعلاج النفسى هو عبارة عن عمل (أنفاق) لكى نصل إلى ما فى جوف الشخص من كبت وعقد إلى السطح.

٢- أن الشخصية الإنسانية تخضع فى نموها وتطورها لمجموعة من المبادىء والأسس، هى:

أ -مبدأ اللذة وتجنب الألم.

ب-مبدأ الواقع.

جـ-مبدأ الثنائية أو الازدواج.

د-مبدأ إجبار التكرار.

٣- أن الشخصية الإنسانية-لدى فرويد-تتكون من ثلاثة نظم أساسية ، هى:

أ - **الهو ID**: وهو مكان الغرائز المكبوتة والتى تسعى إلى الإشباع (بغض النظر عن الواقع).

ب- **الأنا EGO** : حيث إن نضج الشخص يجعله يدرك ويميز ويفرق بل ويقرر متى يشبع رغباته ، إذا كان الواقع متاحاً ومستعدا، ومتى يؤجل إشباع رغباته ، حتى يكون هناك مجال لهذا الإشباع، ومتى يلغى نهائيا هذه الدوافع (لأن العادات والتقاليد والدين يحرم مثل إشباع هذه الرغبات).

جـ- **الأنا الأعلى SUPER EGO**: ويمثل القيم التقليدية والضمير فى الشخص..حيث إن الشخص ، ومن خلال عمليات التنشئة الاجتماعية ، وتحديد معايير الصواب والخطأ يكون غير محتاج إلى (تكرار) مثل هذه النصائح، بل تكون هذه النصائح والمعايير قد تم استدماجها داخله..إنه بأختصار الضمير ، والذى يؤنب الشخص-أحياناً-ليس على سلوكيات خاطئة قد ارتكبها..بل إنه قد يعاقب لمجرد (التفكير) في مخالفة الواقع وقوانينه.

٤- إن أقوى دافعين لدى الإنسان ،هما دافعا: الحب والعدوان؛ إذ لابد أن يشبع هذين الدافعين من خلال ما يسمح به المجتمع..فبالنسبة للعدوان مثلا لا تستطيع أن تأخذ ثأرك بيدك فهناك(سلطة الدولة) المتمثلة فى ضرورة أن تتبع طرقًا قانونية

يجب أن تتبعها حتى تصل إلى (حل) لمشكلتك ..وكذلك الشيء نفسه فيما يتعلق بإشباع الدافع الجنسى..إذ تستطيع إشباعه عن طريق الزواج..(وليس عن طريق الخطف والاغتصاب مثلاً).

٥ – إن اللاشعور ، وهو يمثل مساحة كبيرة لدى فرد–كل فرد–من وجهة نظر فرويد.. يعبر عن نفسه من خلال ميكانيزمات الدفاع وتتعدد هذه الحيل ، والتى يستخدمها اللاشعور فى التعبير عن نفسه (ولفت) النظر إليه من : الكبت، التكوين العكسى، الإسقاط، التبرير...الخ.

٦ – أن مبدأ الصراع يعد من أهم المبادئ التى تحكم السلوك الإنسانى –الصراع بين أن يشبع رغباته أو لا يشبعها– الصراع بين أن يكون (إنسانا ملتزما بالعادات والتقاليد. والسائد) ، وأن يكون (مخالف) لكل هذا –الصراع بين الإقدام أو الإحجام.

تلك كانت بأختصار أهم مبادئ التحليل النفسى الكلاسيكى من وجهة نظر مؤسس مدرسة التحليل النفسى (سيجموند فرويد) ، انظر هذا الصدد:

(سيد غنيم، ١٩٧٥) ، (رشدى منصور، ٢٠٠٠) ، (صفاء خريبة، ١٩٩٨).

علاج الإدمان بالتحليل النفسي

العلاج النفسى لمرضى الإدمان يعتبر من الأساليب الأساسية فى العلاج خاصة العلاج الفردى.ومن الضرورى أن يلم من يقومون بالعلاج بطريقة التحليل النفسى، تلك الطريقة التى اكتسبت على مر الزمن تقديرا واحتراما من كافة الأوساط. ويقدر بعض الباحثين أن عدد ما ينشر سويا من الكتب فى ميدان التحليل النفسى وفروعه المختلفة يوازى عدد ما ينشر فى كافة مدارس ونظريات علم النفس الأخرى مجتمعة . وهناك بالطبع اعتراضات متعددة على مدرسة التحليل النفسى ، مثلما توجد بالنسبة للمدارس الأخرى كالسلوكية والوجودية وغيرهما .. إلا أن ذلك لم يقف حائلا دون انتشار التحليل النفسى وتطويره لأفكاره وأساليبه.

الأفكار الأولى:

يعتبر فرويد من أوائل الذين تعرضوا لمشكلة الإدمان، فكانت له مع الكوكايين عند بدء انتشاره فى أوربا فى أوائل القرن التاسع عشر قصة معروفة، وحاول علاج أحد أصدقائه الذين أدمنوا هذا العقار ولكنه توفى لسوء الحظ.

وعندما تعرض المحللون النفسيون الأوائل لمسألة الإدمان ، نظروا إليه نظرتهم إلى بقية الأعراض العصابية المرضية ؛ فاعتبروا السلوك أو الأعراض الإدمانية تعبيرا عن النكوص إلى مراحل أولى فى النمو النفسى الجنسى ، حين كانت الدفعات أو الرغبات الغريزية تنال لإشباع سلوك عادى لم يكن ينظر إليه شذرا فى تلك المرحلة. بعبارة أخرى .. فإن الحصول على اللذة من جراء إشباع تلك الدفعات الغريزية وإتباع أنواع السلوك المؤدية إلى ذلك كان أمرا معتادا ومقبولا فى المراحل المبكرة من النمو النفسى الجنسى، فلم يكن هناك خوف من الارتماء فى أحضان الأم والرضاعة من ثديها أو للتعبير عن الغضب ، واستخدام الأيدى الناعمة فى صفع الأب أو غيره عندما ينتزعه انتزاعاً من حضن أمه أو عندما لا يكترث بطلباته. ولكن فيما بعد عندما تكبت تلك الأنواع من السلوك ويستحيل إشباع الرغبات الغريزية غير الملائمة إلا فى عالم اللاشعور ، تتحول تلك الأعراض على المستوى اللاشعورى إلى موانع وعوائق ، تحول دون تحقيق تلك اللذات العزيزية ذلك أن تحقيق تلك اللذات يحمل خطرا شديدا على الذات .. وهكذا تحمى تلك العمليات اللاشعورية الذات من خطر الفناء ، وهى التى نسميها بالميكانيزمات الدفاعية.

وقد اعتبر فرويد دراسة الدفاعات النفسية أو ميكانيزمات الدفاع حجر الزاوية فى بناء التحليل النفسى كله ، واعتبر الدفاع تنفيساً مضادا، قوة مضادة تعمل على تقليل الحافز الغريزى الذى يحتوى عادة مضمونا غير مرغوب، مثيرا للقلق . وفيما بعد اعتبره وظيفة من وظائف الأنا مهمتها حفظ الحالة اللاشعورية للدفعات المحظورة ومن ثم تقلل من القلق، كما انتقل أيضاً من اعتبار الدفاع مرادفاً للكبت إلى اعتباره مجموعة من الدفاعات مثل العزل والنكوص والتكوين العكسى...إلخ

وقد اجتهدت آنا فرويد وقسمت الدفاعات وفقا لمصدرها ، فمنها ما هو ناشىء من الأنا الأعلى ومنها ما يرجع إلى العالم الخارجى ومنها ما ينبع من الغرائز. وجاءت مدرسة الأنا بعد ذلك ، فاعتبرت أن الوظيفة الأساسية للأنا هى أنها أداة تكيف وتوفيق ، تحت يدها دفاعات تستخدمها فى مواجهة الحالات الطارئة وضغوط العالم الخارجى وإلحاح الدفاعات الغريزية ، ومن ثم أصبحت ميكانيزمات الدفاع عملية ذات وجهين .. فهى من ناحية تحجز الدفعات الغريزية ، وتمنع الرغبات المحظورة ومن ناحية أخرى تحقق نوعا من الإشباع .. ولذلك فإنها ذات طابع لا شعورى.

وهكذا يفهم السلوك الإدمانى باعتباره تثبيتاً عند مرحلة معينة من النمو النفسى الجنسيى ؛ مثل الفمية فى حالة اضطرابات تناول الطعام أو التعاطى القهرى للمخدرات والكحول ؛ والمرحلة القضيبية بالنسبة للسلوك الجنسى القهرى المتكرر.ويجرى علاج مرضى الإدمان وفقا للتقاليد المرعية فى علاج مرضى العصاب الذين تظهر عليهم علائم الأعراض القهرية. وتكون تلك الأعراض جزءاً مهماً من النظام الدفاعى ، الذى يحول دون دخول الوجدانات المؤلمة وغير السارة إلى مجال الشعور ، وأنه لا يمكن وقف تلك العمليات إلا باتباع الطريقة المعروفة للتحليل النفسى. ولا يزال أصحاب التحليل النفسى الأرثوذكسى يعالجون الإدمان استناداً إلى تلك النظرية التى تعتبر الإدمان عرضاً دفاعياً.

ومع ظهور «سيكولوجية الأنا» تغيرت الصورة ، فلم يعد أصحاب تلك الفكرة ينظرون إلى السلوك القهرى (الإدمانى) باعتباره دفاعا ناشئا عن الصراع بين الدفعات العزيزية وقوى الأنا أو الأنا الأعلى، وإنما باعتباره ناشئا عن أنا معيبة ينقصها التماسك وغير قادرة على أن «تريح نفسها بنفسها» أى تجد لنفسها أساليب تكيفية ناجحة. وهذا التكوين المعيب المبكر يؤدى فيما بعد إلى إضطراب نرجسى–أى خاص بتقدير الذات لنفسها–ومن ثم يخلق حاجة إلى وسيط اصطناعى يريح النفس ويسرى عنها ؛ مما يؤدى فى النهاية إلى سوء تكيف قد يتخذ شكل الإدمان.

وهكذا يمكن القول بأن وجهة نظر التحليل النفسى فى تفسير الإدمان تشتمل على فكرتين : الأولى، الصراع بين القوى الغريزية والأنا أو الأنا الأعلى والثانية، الأنا المعيبة أى نقص أو ضعف تكوين الأنا ؛ مما يضطرها إلى البحث عن وسائط تدعم موقفها فى مواجهة الحياة. وعلى أى حال .. فإنه يجب أن ينظر إليهما باعتبارهما متكاملين، فنقص الأنا وسوء استخدام الميكانيزمات الدفاعية يخلقان دفاعات عصابية، ومن ثم يجب تحليل تلك الميكانيزمات بدقة وشق الطريق خلالها للوصول إلى تكيف صحى. ولذا يعتبر البعض أن فاعلية العلاج بالتحليل النفسى للإدمان أو الاضطرابات الناتجة عنه تكون ضئيلة . (Rosenhan & Seligman, 1995, p., 278)

فنيات العلاج

القلق وميكانيزمات الدفاع بالتحليل النفسى :

يهتم العلاج التحليلى اهتماما بالغا بالوظائف التى تؤديها ميكانيزمات الدفاع. فهذه الدفاعات الأنوية (أى التى تستخدمها الأنا) ، رغم أنها تبدو ساذجة وبدائية أحياناً، تقوم بوظائف تكيفية مهمة، ألا وهى حماية الجزء الشعورى من النفس ؛ حتى

لا تداهمه وتغرقه الأفكار غير المرغوبة وما يصاحبها من مشاعر ، ويكون من الصعب إدماجها فى الذات لأنها تهدد الحياة اليومية الجارية.

وتكون مهمة المعالج النفسى بالتحليل النفسى هنا أن يدرك بشكل واف طبيعة وغرض الدفاعات فى كل وقت ، وأن يتحايل ويدور حولها حتى يصبح التحالف بينه وبين المريض قويا يتحمل تفسيرها. وتبرز أهمية تلك الطريقة خاصة فى حالة المدمنين الذين تكون دفاعاتهم فى العادة هشة. ويؤدى التعامل مع الدفاعات بسرعة إلى هروب المريض من العلاج أو إلى إغراقه فى القلق ؛ مما يمنعه من إحراز أى استبصار بنفسه، بل ويصبح أكثر ميلا إلى إحياء دفاعات الماضى. وهذا هو السبب فى أن المريض فى العلاج بالتحليل النفسى هو الذى يحدد محتوى العلاج وسرعة مساره، ويترتب على ذلك أنه لابد للمعالج من دفع المريض إلى تقديم مادة واقعية حية، فما لا يثير اهتمام المريض لا يمكن فرضه عليه.

وقد أدى تعامل المحللين النفسيين المعاصرين مع مرضى الإدمان إلى إدخال تعديل على الطريقة العلاجية الكلاسيكية. فمن المعروف أن المحلل النفسى يتخذ من مريضه موقفاً حياديا غير توجيهى خلال الجلسات، فلا يسمح لنفسه بالتدخل فى حياة المريض ودفعه إلى اتخاذ قرارات أو خيارات معينة، وتقع مسئولية ذلك على عاتق المريض وحده. ولكن اضطر المحللون النفسيون إلى السماح ببعض التدخلات ذات الطبيعة التوجيهية ؛ بقصد المحافظة على استمرار العملية العلاجية.

كما لابد للمحلل من احترام مقاومة المريض لتحطيم دفاعاته ، وإدراك أن تلك الدفاعات لن تتراخى قبل أن يكون المريض مستعدا لذلك ؛ فرفع مستوى القلق معناه تفاقم الأعراض الإدمانية. ويستخدم المدمن إدمانه كدعامة لبنائه الدفاعي؛ فدفاعات الأنا إلى جانب السلوك الإدمانى توفر له تحصينات انفعالية قوية ضد بشائر القلق ، وما يتلوها من أفكار ومشاعر تكمن خلف حاجز الكبت .ويعمل هذا الدفاع بشكل أساسى على صد وحجز صراعات الأنا الأعلى ، والوقوف فى وجه «عودة المكبوت».

وعندما يتمكن المعالج النفسى من دفع المريض فى طريق التعافى ، تكون النتيجة زيادة ملحوظة فى نوعين من القلق، الأول قلق الانسحاب وهو قلق فسيولوجى الطابع ، ينفرد به المدمن الذى مر بخبرة الأعراض الانسحابية؛ والثانى هو القلق العصابى الناشئ من تصورانهيار دفاعات الأنا ؛ مما يسمح للأفكار والوجدانات المكبوتة أن تدخل مجال الوعى الشعورى. (**محمود الزيادى ، ١٩٨٧**) .

التحالف العلاجى

أساس النجاح فى العلاج بالتحليل النفسى هو إنشاء تحالف فعال بين المعالج والمريض. ويعنى التحالف قيام علاقة وثيقة ، فيها مصالح مشتركة وثيقة بين الطرفين، ومن خلال المجهود المشترك يستطيع المعالج والمريض إخراج المادة اللاشعورية والتعبير عنها عن طريق تلك العلاقة المقننة والمنظمة. ويفشل كثير من المعالجين فى إدراك الكمية اللازمة من الرعاية والانتباه والتروى وبعد النظر حتى ينشأ تحالف قوى مع المريض، فهذا التحالف العلاجى الفعال هو الذى يحدد مدى صمود العلاقة وقدرتها على تحمل الصراع والمجاهدة.. بعبارة أخرى، مدى الثقة التى يحملها المريض للمعالج. ولا تنشأ هذه الثقة إلا من خلال التجارب المستمرة، أى الاستجابات المتعددة من جانب المعالج ، والتى تثبت احترامه للواقع الذاتى للمريض. وأكرر «الواقع الذاتى» ؛ لأنه من اللازم أن يثق المريض فى قدرة المعالج على أن يرى ويتحمل الخبرة أو المعاناة التى عاشها ، ويتمكن من رؤية العالم كما يراه لا كما يجب أن يراه.

إن السلوك الإدمانى أو رؤية المريض للعالم والتشبث بها تمثل محاولاته لإبقاء الحال على ما هو عليه ، وهو أمر يخدم مصلحة العمليات العصابية اللاشعورية، تلك العمليات التى تحمى المريض من الوعى بالعناصر المؤلمة وغير المعترف بها داخل حياته النفسية، كما أنها تدعم وتحفز البحث المستمر عن إشباع الحوافز غير الملائمة والعيش فى الخيالات والأوهام.

وعندما يصل المدمن إلى عيادة المعالج أو المستشفى.. فإنه يحمل فى جوانحه تاريخًا طويلاً من العلاقات بالآخرين فى العالم الذى يعيش فيه. وعادة ما يكون هؤلاء «الآخرون» قد فشلوا فى فهم المريض ومن ثم فهم ناقدون له عديمو الثقة فيه لا يفهمون مضمون ميكانيزماته الدفاعية: الإدمان ، الشره ، الرغبة فى تطهير الذات من الآثام كالاغتسال المتكرر ، وغير ذلك من أنواع السلوك القهرى. ويكون المحلل عندئذ فى موقع فريد ؛ فها هو شخص جديد يدخل حياة المريض ويمكنه إدراك دفاعاته إدراكاً حقيقياً وصادقا ومن خلال رؤيتها فى سياق التكيف -حتى ولو كان غير ملائم- ومن ثم إقامة تحالف معه.

وقد نرى أن المريض له رؤية معينة لواقعه، وقد نجد الأسرة لا تقبل تلك الرؤية أو توافق على إدراكه لما يحدث فى المنزل ؛لأنهم يرونها بشكل مختلف تماما.

وإذا اتضح للمعالج أن ما يعانى منه المريض هو مشكلة إدمان حقيقية. وعادة

ما يلجأ المدمنون–خاصة المثقفين منهم– فى الجلسةالأولى إلى التهوين والتقليل من شأن كمية ما يتعاطونه وغير ذلك من جوانب السلوك الإدمانى. ولكن ما يجب أن يهتم به المحلل فى تلك الجلسة الأولى ، هو التحقق اولا من صدق مدركات المريض، أى مدى الاتفاق بين رؤيته لواقعه ورؤية الآخرين له ، وكذلك اتفاقه مع الواقع الفعلى المعاش . وهو لا يقوم بذلك بقصد التحقيق مع المريض أو محاولة إقناعه بخطأ معتقداته أو غير ذلك... ... إنما هذه هى طريقة التحليل النفسى فى بناء التحالف ، بما يؤدى فى المدى البعيد إلى نموه . ويعمل المعالج على أساس الفكرة التالية: أنه إذا وقع فى الخطأ الشائع وهو مهاجمة البناء الدفاعى للمريض (شأنه شأن كافة من تعاملوا مع المريض ولم يستطيعوا الوصول إليه) ، فإن العلاقة بينهما ستسير فى الطريق نفسه المسدود ، مثلها مثل غيرها من العلاقات فى حياة المريض. ولذلك فإنه لكى تصل دفاعات المريض إلى المستوى ، الذى يمكنها من قبول المعالج كشخص يوثق به ، لابد أن تبنى «خطوة إثر خطوة» أى يكتسب الاثنان الثقة فى بعضهما البعض بمرور الوقت.

وأول الأساليب لبناء تلك الثقة هو أن يوضح المعالج– بطرق مقنعة– أنه لايرمى إلى مهاجمة دفاعات المريض مثلما يفعل الباقون، بل إنه شخص مختلف، مهمته الأولى أن يرى العالم من خلال رؤية وإدراك المريض . إن اتخاذ موقف انتقادى أو هجومى من تعبيرات المريض عن نفسه يمكن أن تؤدى إلى مانسميه بالموقف العلاجى السلبى، أى أن يجعل المريض «ودن من طين وودن من عجين» ، أما إذا نجح المعالج فى تقبل وتصديق مدركات المريض.. فإن هذا الأخير سيدرك أن المعالج قد فهمه ، ومن ثم يمكنه إقامة تحالف علاجى فعال مع معالج يطمئن إليه.

(محمد محروس الشناوى ، ١٩٩٤ ، ص ص٣٨٥ – ٣٨٧) .

الطرح وتحليله

يأتى الأطفال إلى هذا العالم ، دون أى توقع للطريقة التى سيعاملون بها. ويدخلون هذا العالم الجديد كغرباء دون أى تاريخ من التفاعل ، ولا يعرفون ما إذا كان هذا العالم ودودا أو معاديا، منطقياً معقولا أو تحكميا استبداديا ، قاسيا أو عطوفا ، عادلا أو متحيزا. ومن خلال التفاعل مع الآخرين فقط يصلون إلى إقامة مجموعة من التوقعات فيما يتعلق بالذات و الآخرين. ويبدأ تفاعلهم مع العالم ونمو توقعاتهم منذ اللحظة التى يصلون فيها. وليس من الضرورى حدوث أى تبادل لفظى مع غيرهم ليبدأوا فى تعلم مهارات التصرف ازاء أمور الحياة.

إن أولى مراحل نمو وجهة النظر إلى العالم، أى توقعات الطفل من الآخرين والنظرة الشاملة لطبيعة البشرية، فى رأى التحليل النفسى تنشأ من المقابلات والتعاملات الأولى مع من يعتنون بشئون الطفل، وهى التى تصيغ أنماط التفاعل التى تستمر طوال الحياة. وتستمر مثل هذه الأنماط حتى لو تعامل المرء مع الآخرين مثل الأقران والجيران والأقارب والمدرسين...إلخ، وتفسير ذلك نجده فى القواعد التى تحكم تنظيم الأنا وما يصاحبها من نمو الشخصية.. فمتى انتظمت الأنا تعمل على تحديد العالم بطريقة تتفق مع الانطباعات الأولى. وتصبح شديدة المقاومة لإدخال أو هضم المعلومات التى تناقض رأيها فى العالم الذى كونته من قبل.

وعملية الطرح ما هى إلا استمرار للإدراكات والتوقعات وأنماط السلوك ، التى يحملها كل فرد إلى كل علاقة يقيمها. وخلال التحليل النفسى ، ينشأ الطرح فى سياق العلاقة العلاجية ويمكن تحليله بحيث يكتشف المريض أصول وطبيعة صراعاته الأولى. ولما كانت وجهة نظر المرء إلى أمور الدنيا تسرى فى كل أفكاره وألفاظه ، فمن المستحيل إخفاءها فى أى علاقة. ولذلك يصبح من المألوف أن يبحث الناس عن الآخرين الذين يشاطرونهم آراءهم ويدعمون نظرتهم إلى الأشياء وأنماط التفاعل المترتبة عليها. ويتضح هذا بشكل سافر فى طريقة حياة المدمنين ، الذين يسعون دوما إلى إحاطة أنفسهم بمن هم على شاكلتهم.

ويقوم الطرح بدور محورى فى العلاج. فهو يتيح فرصة مثالية للمريض للدخول فى علاقة تكون نوعا من المختبر الإنسانى يتضح فيه الطرح ويحلل، حيث يوافق المريض على أن يصبح موضوعا للدراسة فى عملية تعليمية تربوية مصممة للكشف عن أسس ودعائم نمو شخصيته . ويشتق الطرح من جوهر البنية النفسية للفرد ويوقظ أو يثار فى إطار العلاقة العلاجية . ومن الناحية العملية لا يمكن للفرد تمييز الطرح ، فملاحظة الفرد لطرحه أشبه بمن يحاول رؤية الغابة من خلال الأشجار ، إذ يستحيل أن يعى المرء به بمفرده، أى دون الاستعانة بلغة التحليل النفسى يعنى نقل المشاعر أو تحويلها إلى شخص المعالج. ولما كان الموقف العلاجى لا يمكن أن يبرر ظهور تلك المشاعر .. لذلك يعتقد أصحاب التحليل النفسى أن تلك المشاعر موجودة من قبل ، وأنها نابعة من مكان أخر، لقد كانت جاهزة سلفا وعندما سنحت الفرصة فى الموقف العلاجى طرحت على شخص المعالج . ويطلق التحليل النفسى على رفض المريض أو مقاومته لمحاولة المعالج تحليل الطرح اصطلاح «المقاومة الطرحية».

ويحدث أول وعى بالطرح عادة فى شكل وحى أو إلهام ، بأن والدا المرء ليسا كما كان يتصور أو يعتقد ، وأنهما ليسا المثل الأعلى الذى يقتدى به. ويؤدى مثل تلك

الإدراك إلى رفع الغشاوة عن عينى المريض ؛ بحيث يستبصر بالعلاقة السببية التى توجد بين خبرات الطفولة المبكرة وأنماط السلوك الإدمانى التى تكونت فى حياته فيما بعد.

إن وعى المريض بظاهرة الطرح يشعل فيه حب الاستطلاع ، ويثير لديه التلقائية والاندهاش ويخلق الثقة فى طريقة العلاج بالتحليل النفسى. وعند تلك النقطة فى العلاج تبدأ العملية كلها-ربما لأول مرة- فى أن تتخذ معنى لدى المريض، أما قبل ذلك فإن التزام المريض بالعلاج قد يكون راجعا إلى أسباب أخرى.

(Davison & Neale, 1994., pp: 35 -62)

الذات والموضوع

هذا التعبير من المصطلحات التى أدخلها التحليل النفسى؛ فالذات تعنى ببساطة الأنا ، الشخصية ، الكيان النفسى للمرء، ما يعتبره كنهه وذاته وكيانه.. إنها الصفات والسمات التى يعتبرها الشخص معبرة عنه. أما الموضوع فهم الآخرون. الأشخاص الآخرون الذين يصبحون موضوعاً لرغباته ، ويتجه نشاطه إلى التقرب منهم والتعامل معهم.. لذلك يكون نشوء التحالف بين المعالج والمريض هو بداية استعراض علاقات ذات المريض بموضوعاته ؛ الأمر الذى يثير فى نفسه قلقا عظيما، ويتخذ المعالج وضع المثل الأعلى ، أى يعزو إليه المريض قوى وقدرات دفاعية، وهذا هو المعنى الحقيقى للتحالف كما يراه المريض، لأنه بذلك يسهل على نفسه التعامل مع قلقه.

فيعتقد معظم المدمنين أنهم لا يستطيعون العيش دون الأعراض الإدمانية ، التى يفضلونها ولذلك يجب أن يدرك المريض المعالج على أنه شخص يوثق به ، ولديه القوة اللازمة للتعامل مع سيطرة الإدمان.

إن طبيعة العلاقة بالموضوع لدى المدمن المعتمد على المخدرات هى أنه يتحرق شوقا ليتحد مع الموضوع المثالى (الأب)، ولكنه يخشاه فى الوقت نفسه ؛ لذلك يدمن لعبة الاقتراب والابتعاد ، ويوفر له المخدر تمثيل تلك الدراما فيتعاطى ليعيش فى أوهام القرب والاتصال ويتوقف ليعانى آلام الانفصال . إن المدمن يريد أن يعيش انفعالاته فينفذها فى عالم المخدرات. ولكن «أناه» معيبة، إن بعض وظائفها معطلة منذ الطفولة لانهيار العلاقة بالأب، ويعمل التحليل علي أن يقود المريض فى رحلة استكشافية ، توسع وتمد تعرفه الشعورى على ذاته بحيث يحيط بها كله ، وبالتالى يحرره من الحاجة إلى التأثير الزائف للمخدر باعتباره واسطة ، يستعين بها على الدخول إلى أجزاء نفسه ووظائفها المغتربة عنه.

ويقود المعالج المريض بحكمة إلى إقامة علاقة فريدة من نوعها .. علاقة فيها التقبل والتعاطف والفهم، ومن خلال هذا الالتقاء قد ينشأ لدى المريض إحساس أكبر بالثقة فى قدرته على أن يغذى نفسه وجدانياً من الآخرين، بدلا من التأثير المؤقت المهدئ للروع والمطيب للخاطر- ولكنه مدمر فى نهاية الأمر- المستمد من الأعراض الإدمانية . فالعملية الطبيعية للنمو والتطور ، التى تحدث عندما ينفعل الإنسان مع عالمه ؛ أى عمليات تسجيل الانطباعات واستيعابها وإدماجها فى عالمه، تتوقف وينتابها الخلل والفساد خلال الإدمان. ويجب أن تنطلق تلك العملية مرة أخرى خلال التحليل النفسى. وفى البداية لا يثق المريض كثيراً فى تلك العملية ؛ حيث إنه سبق له تجربتها ووجدها غير ملائمة وهجرها مفضلا السلوك الإدمانى.

ولذا عندما يبدأ المعالج التعامل مع المريض المتوقف عن التعاطى ، فإنه يدرك أن المريض قد انهار نفسياً خلال فترة الامتناع الأولى عن تعاطى المخدر، وكانت الأنا تقوم بوظائفها فى التعامل مع الدفعات الغريزية بكفاءة ، ولكن بشكل مصطنع قبل الامتناع . إن الأنا مطالبة بأن تنظم وتواجه وتحمى المرء من دفعاته الغريزية؛ ولكن عند التوقف تغمرها موجات من القلق والمخاوف ، تكون نذيراً بأنها على وشك الانهيار وفقدان التوازن. وكان الإدمان قبل ذلك هو الذى يقوي الأنا ويحصنها ويخلق توازناً زائفاً ؛ أما خلال الامتناع فيجب أن يوفر المعالج النفسى تحصينات خارجية لدفاعات الأنا ؛ حتى يمكن المريض من الانتقال من العرض إلى الموضوع ، أى من الاعتماد على الأعراض الإدمانية للحصول على راحة النفس إلى الاعتماد على الآخرين للحصول عليها. (**محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥**) .

وعندما يصل العلاج إلى هذه النقطة ، يكون المريض قد استعاد صورة مقاربة للعلاقة الوالدية الأولى ، التي فشلت فى فهمه وتدعيمه انفعالياً. فعند الامتناع وتوقف الأعراض الإدمانية تستيقظ لدى المريض خبرات الطفولة الانفعالية الداهمة والقلق والإحساس بالخذلان والضعف. وفى الفترة المبكرة من الحياة كان فى استطاعة الطفل أن يتمكن من السيطرة على الإحباط والقلق من خلال الاتصالات المتكررة مع الوالدين خاصة الأم ؛ حيث يتم تهدئة روعه وتطييب خاطره بالفعل لفظيا وجسميا. وهكذا ينمو لديه إحساس بأنه يمتلك قدرة أو حكمة داخلية ، تمكنه من تحمل الإحباط ومواساة النفس بشكل مناسب. ويتعلم أنه يستطيع مقاومة الأحاسيس المؤلمة وغير السارة ، واحتمالها باستخدام أساليب وإستراتيجيات الوالدين ، والتى تصبح فى النهاية أساليبه هو نفسه. ونحن نعنى طبعا تلك الأحاسيس المؤلمة «المقدور عليها» والتى ستحدث بلا شك فى حياة كل إنسان ويتعلم مواجهتها والسيطرة عليها ، وهى تحدث

عادة عندما يوجد اختلال أو عدم انسجام بين الذات وموضوعاتها أي الأبوين ، يترتب عليه الإحساس بخيبة الأمل أو الخذلان ولكن فى مستوى غير صادم تجاه موضوعات الذات وهو ما أطلقنا عليه الإحباطات «المقدور عليها».

ولكن عندما تزداد الإحباطات وتصبح صادمة كاسحة بالنسبة للطفل ، وتنشأ عنها اتصالات خاطئة بين الأم والطفل بسبب الاهمال أو غير ذلك ، ينشأ عندئذ عديد من صور الاضطرابات:

وإن استعادة أو تلخيص العلاقة المبكرة بين الوالد والطفل فى سياق التحليل النفسى لها تحدياتها التى تتطلب درجة عالية من المهارة؛ إذ يجب على المعالج أن يتناول بشكل بناء مقاومة المريض حتى يستطيع أن يجعله يرى عالمه بشكل أكثر واقعية ، من خلال شق الطريق خلال المسائل ، التى لم تحل خلال طفولة المريض . وتوفر تلك العلاقة للمريض فرصة لاستعادة أو تكرار فترة سابقة فى نموه النفسى وتصحيح التنظيمات الدفاعية سيئة التوافق والتى أدت إلى ردمانه. ويصبح هذا الإنتقال الناجح من الإدمان إلى الاتصال الانسانى المتحسن مع المعالج هو الشكل العام للعلاقة بالعالم ككل. (Campbell, A. 1989., pp. 10-14)

جعل اللاشعورى شعوريا:

يؤكد العلاج بالتحليل النفسى حقيقة أنه من الضرورى أن ندرك الدور الذى يلعبه اللاشعور فى الحفاظ والإبقاء على سوء التكيف المتضمن فى العملية الإدمانية؛ فالدفاعات التى يقويها السلوك الإدمانى إنما وجدت فى الأصل لصد وإبعاد القلق. وهذا القلق علامة وإنذاراً بأن أفكاراً غير سارة ومزعجة بما يصاحبها من وجدان، تحاول شق طريقها إلى الوعى أو الشعور . إن كبت الرغبات غير المقبولة فى اللاشعور يستهلك كمية ضخمة من الطاقة الإنسانية ، وتعمل النفس باستمرار على دفع تلك المادة المكبوتة إلى الشعور حتى تحرر الطاقة المستخدمة فى إبقائها تحت سيطرة اللاشعور وتستفيد بها، إذ إنها طالما بقيت فى المستوى اللاشعورى ، لا تستطيع النفس استخدامها فى أنشطة بناءة كالعمل والحب. مادام ظلت تلك الأفكار المنذرة بالخطر قابعة على المستوى اللاشعورى ، فإنها تستنزف الطاقة وتسعى إلى التعبير الرمزى والسيطرة على الفرد. وتكون مهمة المحلل مساعدة المريض على تحرير المادة اللاشعورية وإطلاقها من عقالها ؛ حتى تصل إلى الشعور ، وبالتالى يتمكن المرء من إحكام السيطرة على حياته.

ويلاحظ المعالجون كيف أن دفاع الإنكار لدى المدمن يمنعه من أن يعى بالواقع المؤلم ، فيما يتعلق بطبيعة السلوك المدمر للذات ، الذى يقوم به وغيره من الوقائع المؤلمة التى سبقت بدء الإدمان . ورغم أن وقائع المرء (المريض) قد تكون واضحة وضوح الشمس لغيره ، فإن المريض لا يلحظها ، أو لا يستطيع رؤيتها . وهذه الأمور التى لا يستطيع المريض أن يدمجها فى وعيه هى ما نسميه باللاشعور. والمعالج المتحمس أو قليل الخبرة ، كثيراً ما يلح على المريض فى بداية العلاج أن يرى ويلاحظ ما يعتقده المعالج والأسرة أمراً واضحا تماما ، وغالبا ما يحاول ذلك عن طريق المواجهة . ولسوء الحظ .. فإن هذه الطريقة تعمل على حشد الدفاعات ضد المعالج ، وضد المادة اللاشعورية التى يريد أن يخرجها إلى النور ، وسوف تنهار تلك وتسمح للمادة الشعورية المحمية والمحصنة أن تظهر فقط فى حالة استطاعة المريض أن يتحمل إدماج تلك المادة ضمن القلق المحتمل لديه . وتكون وظيفة المحلل أن يراقب ويتتبع–إلى الحد الذى يستطيعه ويمكنه–ويوجه أو يحس نظرة المريض الكلية إلى العالم والحياة ؛ لأنه لأول مرة يستطيع الثقة فى عملية النمو نفسها . وهو الشىء الذى يشير إليه أصحاب الخطوات الإثنتى عشرة بالصحوة الروحية . فيتوجه وجود المريض كله بعيدا عن مجرد تدعيم وإبقاء النمط المعتاد من السلوك وتجنب القلق الناشىء عن ذلك ، وبدلا من ذلك يتعلم كيف يواجه ويفهم الأساس التاريخى لقلقه ، ومن ثم يحرر نفسه من أغلال ماضيه .

ويحاول المعالج دائماً أن يعي بمستوي القلق لدى المريض ، فالكثير من القلق يدعو دفاعات المريض إلى خلق طريق مسدود أو الهروب والتخلى عن العلاج ، أما إذا بلغ التوتر والقلق مستوى قليلا جدا .. فإن المريض قد يفقد دافعيته للاستمرار فى العلاج . (صفاء خريبة ، ١٩٩٨ ، ص ص ١٩٥ – ١٩٩)

التفســـير

يتضمن التفسير مساعدة المريض على فهم سلوكه الراهن باعتباره نتاجاً للماضى وللعلاقات والمواقف الحالية ، وهو الأداة التى يستعملها المعالج ليرخى العنان للمادة اللاشعورية بحيث يجعلها متاحة أو معروضة على عقل المريض الواعى . والسبب فى أننا نطلق عليها «تفسيرا» هو أن عملية التفكير اللاشعورى ، لا يمكن الوصول إليها ما لم يكن هناك سفير أو واسطة فعالة يخدم كمترجم بين المجالين الشعورى واللاشعورى .. ولكى يكون الإنسان مترجماً جيداً ، يجب أن يكون على دراية وألفة بالعمليات الفكرية الشعورية الخاصة للفرد ، وأن يكون بشكل خاص على

معرفة عميقة بالطريقة المنفردة (أو الوحيدة من نوعها) ، التى يتصور بها المرء نفسه وعالمه. وهى عملية تشبه قيام الغير بعملية ضابط الإتصال بين بلدين يختلفان فى التقاليد الفلسفية والثقافية. وما لم يكن السفير على دراية بعادات وتقاليد البلد الآخر.. فسيكون من السهل أن يقع-عرضا-فى خطأ اجتماعى أو يفشل فى توصيل رسالة هامة.

وعادة نجد المعالج يقدم تفسيرات إما متقدمة عن موعدها أو أعمق من اللازم مؤسسة على فهم محدود أو قاصر لتصور المريض لنفسه ، ومثل هذه التفسيرات لا ترفض لأول وهلة فحسب (من جانب المريض)، بل تخلق شقاقا بين المحلل والمريض قد لا يمكن التغلب عليه أو يستحيل إصلاحه. ومن الأمور المعتادة أن نسمع بعض المعالجين (من غير مدرسة التحليل النفسى) يشكون من أن العلاج بالتحليل النفسى يستغرق وقتا طويلا حتى يحقق أهدافه. ولكن المحلل النفسى المسئول لا يخاطر بتعريض تقدم المريض للخطر بأن يفترض افتراضات عن حياته الداخلية ، قبل أن يفهم كيف يدرك المريض عالمه وموقعه فى هذا العالم.

أما التفسيرات الفعالة أو التى تؤتى ثمارها، فهى التى تقدم إلى المريض بروح الأمانة والتساؤل الأمين الشريف ، مؤكدة العمل المشترك والتعاون بين المريض والمحلل لاستكشاف ورفع الستر عن الحقائق المخيفة والكامنة وراء حواجز كبت المريض. ولذلك .. فإننا نمنح المريض دائما الفرصة ليعبر عن انعزاله أو استقلاله بأن يرفض التفسير، أما المحلل المحنك فهو الذى يجعل اللقاء التحليلى مكانا مريحا للمريض يتناول ويقبل فيه أى تفسير إذا كان ميالا إلى ذلك . واتباعا لهذه القاعدة من المرغوب فيه أن نقدم التفسيرات بشكل تقريبى أو فى شكل سؤال «هل يمكن أن يكون الأمر...» ربما كانت المسألة ..«أتساءل» إذا كان ...فمثل هذه الأساليب تسمح للمريض بأن يستجيب على راحته سواء فيما يتعلق بتوقيت أو عمق التفسير. ومن المهم أن يقيم المحلل أو يقدر مدى احتمال المريض لشكل معين من أشكال التفسير، ولا يجب أن يقلل من شأنه؛ فسر التحليل الناجح يكمن فى قدرة المحلل بتدخل ما أو يريد أن يؤثر تأثيرا ما أو يكون لكلامه وقع ما .. فإنه يفعل ذلك لأن لديه من الفهم مايجعله يقرأ علامات أو إشارات المريض قراءة صحيحة ، فيخبره بما هو مستعد لسماعه». فإذا كانت التفسيرات صحيحة فإنها تكون القاعدة التى يستطيع المريض أن ينطلق منها ليحقق أو ينجز استبصاراً مستقلا بشأن الأسرار المنسية والمخفية ، مستعيناً بشخص كان يصنت إليه باهتمام، والتفسير الدقيق أو الصحيح لا يقدم كمفاجأة للمريض فحسب ولكنه يعتبر أيضاً سلوى أو تطييب خاطر من جانب المعالج للمريض،

وعندما لا يظل القلق عند مستوى يمكن استيعابه والسيطرة عليه إما لأنه لا يوجد قدر كاف من التسرية والمواساة أو بسبب حقائق أخرى داخلية .. فإن الفرد سيكون أكثر ميلاً إلى اللجوء إلى دفاعاته السابقة ضد القلق ، أى الإدمان .

وفى كل الحالات .. فمن الضرورى أن يكون المعالج على الموجة نفسها مع مستوى قلق المريض ، قبل أن يقدم على أى تفسير.

انظر فى هذا الصدد :

(صفاء خربية ، ١٩٩٨) (Blanc &Blanc., 1974)

(CRoce,1987., PP. 228-247) (Yalom,1,1983)

ولن يكون العلاج للمدمن آمناً ونافعًا الا بخلق مناخ آمن ، وقدرة المعالج على مواجهة ماينشأ من مشاكل إبان العملية العلاجية .

(Hahn, W., 1993., pp. 223 - 235)

مزايا تيار التحليل النفسى:

١ – تعد نظرية رائدة نحتت طريقا جديدا فى سبيل فهم الإنسان للإنسان .

٢ – أدركت أهمية اللاشعور.

٣ – فطنت إلى الحيل الدفاعية.

٤ – أمنت بوحدة الأضداد وصراعهما ، بدلا من تسطيح الأمور والانسياق وراء المنهج الأرسطى.

عيوب النظرية والتحفظات عليها:

١ – الغيبيات فى كثير من المفاهيم مثل : الليبيدو

٢ – اتسام النظرية بالماضوية أكثر من اهتمامها بالحاضر والمستقبل.

٣ – نظرية خطية، فما حدث فى الماضى هو الذى يحدد ما سيأتى فى المستقبل ، أى إن الإنسان أسير الماضى وكأن الإنسان فاقد للإرادة وإعمال العقل فى محاولته للخروج من أسر الماضى.

٤ – قللت من أهمية الإنسان فى الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه، كما قللت من شأن إرادته وقدرته على تصحيح مساره.

٥ – التعميمية الجارفة..فما رآه فرويد على الطبقة الوسطى فى ڤيينا قد عممه على البشر كلهم.

٦ – اختزال التوتر كنموذج يحكم سلوك الانسان والتركيز على الدفعات والحوافز البيولوجية ، وعدم التركيز الكافى على العوامل البيئية والثقافية.

٧ – الرؤية التشاؤمية لطبيعة الإنسان.

٨ – الغالبية العظمى من المفاهيم تستعصى على التحقيق التجريبى.

٩ – التركيز المفرط على الدافع الجنسى وعده حجر الزاوية Corner stone.

١٠ – فكرة أن الصراع كله داخل الإنسان ، بدلاً من كونه انعكاسًا للصراع الخارجى.

١١– الافتراض ان الاستبصار وحده سوف يؤدى إلى تعديل السلوك .

١٢– العلاج بطريقة التحليل النفسى تستغرق وقتا طويلا جدا ، من ٣–٥ ساعات إسبوعياً لمدة من ثلاث إلى خمس سنوات أى أكثر من (١٠٠٠) ساعة من الجلسات العلاجية.

١٣– المبالغة فى حجم اللاشعور ، واللاشعور بجبل الجليد الموارى فى الماء، وأن الذى يظهر هو السطح وهو نسبة صغيره (الشعور) وهذا يعد (قلبًا) للأمور..فحجم اللاشعور هو (الأصغر) ، أما الشعور فيمثل الجزء الأكبر من حياتنا النفسية.

(رشدى فام منصور، ٢٠٠٠، ص ص ٣٢–٣٤).

ثانياً : النظرية السلوكية:

مثلما ذكرنا فى نظرية التحليل النفسى من أنه لا توجد نظرية واحدة بل عدة نظريات ، فإن الأمر كذلك فى النظرية السلوكية والتى تضم تحت مظلتها عديداً من الاتجاهات ، إلا أننا نبرز الآن أهم الصفات التى تجمع بين الاتجاهات والتيارات السلوكية ، والتى تشترك فى:

١ – تنهض جميع المدارس السلوكية على مسلمة مؤداها : أن معظم أفعال البشرية سوية أو لا سوية، هى سلوك متعلم، ومن ثم يمكن تعديلها باستخدام أسس التعلم إذا توافرت الظروف الملائمة للتغيير والتعديل.

٢ – أن السلوك اللاسوى هو عبارة عن فشل فى التعلم ، والذى ينقسم بدوره إلى فشل فى تعلم مهارات التعامل مع البيئة، أو تثبيت (أو تدعيم) سلوك لا سوى غير مناسب.

٣ – ان معظم الافراد لديها سلوك غير سوى أو مشكل..إلا أن درجة هذا (الاشكال) تختلف..لكن حين تصل إلى درجة معينة فلابد من التدخل العلاجى.

٤ – كل السلوك الإنسانى سواء كان مشكلا أو غير مشكل يقع فى سياق مقدمات وعواقب بيئوية..والمقدمات هى التى تهيىء الفرص لوقوع استجابات معينة، كما أن النتائج قد (تدعم وتثبت وتقوى) هذا السلوك..ومن هنا فإن من الضرورى دراسة العوامل والمهيئة والناتجة أو المترتبة على السلوك حتى يمكن أخذها بعين الاعتبار.

٥ – لابد من دراسة هل (النتائج) التى تترتب على السلوك ، هل تقدم (ثواب) أو (لذة) للشخص، بغض النظر عن طبيعة هذا السلوك (وما إذا كان مشكلا أم لا)..لأن إحساس الفرد بحصوله على (نتائج إيجابية) من (هذا السلوك) سوف يؤدى به إلى (تكراره).

٦ – تؤكد جميع التيارات السلوكية إهمال الماضى، والتركيز مع الحاضر..لدرجة أن غالبية التيارات السلوكية ترى أن الاعراض = المرض، ومن ثم فإن التركيز والعمل على إزالة الأعراض يقود إلى الشفاء والتعافى.

٧ – أن غالبية التيارات السلوكية تركز على عملية التعلم ، من خلال:

أ – نموذج الإشراط الكلاسيكى Classical Conditioning model حيث يتم (تبديل) منبهات او مثيرات قديمة بمثيرات (حديثة) أو (بديلة).

ب – نموذج الإشراط الإجرائى Operant Conditioning model ، ويركز على عملية (تغيير) أو (تبديل) أو (تعديل) النتائج المترتبة على السلوك.

جـ – نموذج التعلم عن طريق الملاحظة The observational Learning model ويركز على إمكانة التدريب على (سلوك جديد) بواسطة ملاحظة الشخص ورؤيته (لنموذج) يقوم بهذا السلوك (المراد اكتسابه فى نهاية الأمر).

د – نموذج التنظيم الذاتى Self-Regulation model ، حيث يقوم الشخص (ذاته) بتدريب (ذاته) على نماذج من السلوك يجب أن يقوم بها فى السياق الاجتماعى.

٨ -إمكانة الجمع بين هذه النماذج وغيرها فى التعامل مع السلوك المشكل.

٩ - إن نتائج العلاج السلوكى تركز على مقدار (التغيير) و (التعديل) الذى انتاب السلوك ، وأن المقارنة بين (السلوك) قبل وبعد العلاج مهمة جدا كمحك فى (الحكم على نجاح) العلاج ، وليس هناك محك آخر أكثر صدقاً من ذلك.

١٠ - ان العلاج السلوكى يركز (وفقط) على السلوك الخارجى ..أما مسألة (الدافعية-الصراعات..ميكانيزمات الدفاع....إلخ) ، فهى مسائل لا يجب أن يتعرض لها المعالج لأنها على حد قولهم ليست ذات قيمة.

انظر فى هذا الصدد:

(لويس مليكه، ١٩٩٠) (عبد الستار ابراهيم ، ١٩٩٣)

(Hollander&Kazaoko., 1988) (Wessler&fankin., 1988)

بعبارة أخرى .. فإن العلاج السلوكى يركز على المسلمات الآتية:

١ - إن المعالج السلوكى يركز على الأعراض التى يعانيها الشخص ، دون أن يتطرق إلى دراسة أو تناول أو حتى السؤال عن تفسيرات تبعده عن الأعراض.

٢ - إن عمليتى التشخيص والعلاج فى طرق العلاج السلوكى شيئان ملتحمان..وإن المعالج السلوكى عندما يقوم بعملية التشخيص ، فإنه يبحث عن الشروط التى أحاطت بعملية التعلم المرضى، وهى الأسباب التى إذا أمكن إزالتها تحقق الشفاء، وبالتالى العلاج.

٣ - يركز المعالج القوى على هدف واحد وأساسى هو: إزالة الأعراض دون الافتراض بأن (العرض قد يخفى مرضًا، وان إزالة العرض قد تخفى المرض ، ويأتى بأمراض أخرى لها أعراض مرضية أخرى).

٤ - تؤمن بأن علاج الأعراض وحدها لا يؤدى الى ظهورها فى شكل اعراض بديلة.

٥ - إن العلاج السلوكى ، وإن كان يعتمد على الحقائق التجريبية .. إلا أنه يستظل أساسًا بعباءة نظريات التعلم، ولهذا ينظر المعالج السلوكى إلى جميع أنواع السلوك الشاذ واللاسوية على أساس أنها (متعلمة) ، ومن ثم

أيضاً عن طريق التعلم يمكن تعديل السلوك (مصداقا لقول الشاعر العربى: ودوانى بالتى كانت هى الداء).

(عبد الستار ابراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ص ص ٣٩-٤١).

المدرسة السلوكية وعلاج الإدمان:

بناءً على كل ما سبق، تنهض غالبية (المدارس السلوكية العلاجية) فى التعامل مع مشكلة الإدمان (أو حتى التدخين على أساس أنه اعتماد على النيكوتين، ويقود إلى أعراض الإدمان نفسها) على عدة حقائق:

- إن الإدمان يؤدى إلى اكتساب سلوكيات جديدة.
- إن هذه العادات قد أخذت (مع التكرار) شكلا أكثر رسوخًا، بل وتخدم استمرار تعاطيه الإدمانى.
- إن التخلص من هذه العادات لن يكون هينا، ولكنها مع ذلك ليست مستحيلا.
- لابد من (التعاون) بين المدمن والمعالج..لدرجة أن عديداً من المعالجين السلوكيين يصر على ضرورة تحرير (عقد علاجى) مع المريض؛ حتى يعرف (المدمن) حقوقه وواجباته.
- يكلف المدمن بعديد من (الواجبات المنزلية)، ويجب أن يلتزم بتنفيذها وإلا عد ذلك (خرقا) وعدم التزام ببنود العقد.

ولعل من أشهر الطرق فى هذا الصدد طريقة: بودن Boudin، والتى تعتمد على ثلاثة أسس، وهى:

١- لابد من ضرورة تدريب المدمن على كيفية ملاحظة ذاته، وأن يسجل كل ما يصدر عنها من سلوكيات.

٢- لابد -أيضاً- أن يدرب على كيفية تقييم الذات، بناء على ما يصدر عنها.

٣- وضع برامج تهدف الى تعديل السلوك، تكون (مبنية) و(قائمة) على أساس الخطوتين السابقتين فى (١، ٢).

وكلما نجح المدمن فى خطوه، صعده المعالج إلى خطوة أخرى، ويستغرق إنجاز هذا البرنامج بضعة أشهر، وأن هذا البرنامج مرن، ويمكن تطبيقه على مدمنين داخل مصحات للعلاج، كما يمكن تطبيقه على مدمنين يترددون على العيادات

الخارجية After Car ..مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا العلاج يقتضى توافر مجموعة من الشروط فى الشخص ، مثل :

- التعاون.
- الدافعية.
- درجة من التعليم.
- إتقان مهارة وصف المشاعر وكيفية التعبير عنها (كتابة) .
- درجة عالية من (الاستبطان)؛ أى تفسير مشاعره وسلوكياته التى تصدر عنه .
- وجود دعائم مشجعة فى البيئة (الخارجية)
- وجود مساندة اجتماعية ، سواء من الأسرة أو الرفاق.

(Boudin, *et al.*, 1977)

كما يمكن استخدم طريقة (إليس) ، والتى تسمى : طريقة العلاج العقلانى- الانفعالى..حيث تنهض هذه النظرية على مجموعة من الأُسس ، مثل:

- إن أى إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية واللاعقلانية.
- إن الأفكار العقلانية تقود إلى السواء ،عكس الحال فى (تبنى) الشخص لأفكار غير عقلانية .
- إن العلاج يقوم على (دحض) الأفكار اللاعقلانية ، وتزويد الشخص بأفكار عقلانية.

(محمد حسن غانم، ٢٠٠٢، ص ص ١١٤-١٣٢) .

ولذا فقد قدم عديد من العلماء السلوكيون الذين ينتمون الى هذه المدرسة تجربتهم فى علاج المدمنين باستخدام هذه الطريقة ، والتى تنهض على (دحض الأفكار اللاعقلانية) لدى المدمن تجاه المواد المخدرة ، مثل:

- أنه لا يستطيع أن يحيا دون المخدر.
- أن المخدر يجعله أكثر نشاطاً ومرحاً.
- أن المخدر يساعده فى (ممارسة الجنس).
- أنه لو توقف عن تعاطى المخدر .. فسوف يدخل فى جحيم الأعراض الانسحابية .

– أنه ضعيف أمام المخدر.

– أن الانتكاسة واردة ، حتى وإن استمر فى العلاج والتوقف فترات طويلة.

–أن الذين لم يجربوا الإدمان من السهل عليهم أن يحكموا علينا بالفشل.

– أن المخدر هو (الحياة) .. وإذا انقطع عنى المخدر فسوف أفقد حياتى...إلخ.

(Newman, 1990., pp. 215-216)

(Altman. *et al*, 1991., pp. 369-390)

ومن ثم .. فإن العلاج وفقاً لهذه الطريقة يسير كالآتى:

١– تعرف أفكار الشخص (المدمن) غير المنطقية وتحديد غير العقلانى منها.

٢– إخبار المدمن بأن استمرار اضطرابه إنما يعود إلى تمسكه بمثل هذه الأفكار غير العقلانية (مع ذكر أمثلة واقعية من سلوك المريض تؤيد هذا الكلام).

٣ – تغيير أفكار المريض بعديد من فنيات هذا الاتجاه.

٤– إلغاء الأفكار غير العقلانية وإرساء أفكار عقلانية جديدة تحل محل الأفكار غير العقلانية ، بحيث يتجنب المدمن (مستقبلا) ، الوقوع ضحية لأفكار غير عقلانية والخلاصة أنه يتم (دحض) للأفكار غير العقلانية مما يؤدى إلى أثر ذات محورين:

الأول : أثر معرفى Cognitive effect

الثانى : أثر سلوكى Behavior effect

ومن ثم تصبح الافكار غير العقلانية ..عقلانية **(Beck., 1993)**

كما يوجد أيضاً العلاج المعرفى السلوكى ، والذى يستخدم فنيات التشريط التنفيرى المعرفى..والذى يساعد فى نهاية الأمر على إخفاء عادة الإدمان..مع استخدام التدريبات العلاجية والتى تعتمد فى جزء كبير منها على: مهارات التأقلم ، وكيفية التعامل مع القلق..حيث يؤمن أصحاب هذا الاتجاه بحقيقة مؤداها: أن القلق هو المحرك الأساسى للإدمان والاستمرار فيه، ولذا فإن التركيز على الإدمان، فى حد ذاته لا يفيد ، بل يجب ان نتصدى أولاً للتعامل مع (القلق) ، ومن ثم سوف نجد (مباشرة) أن جميع سلوكيات الإدمان قد اختفت ..وقد تم (تجريب) هذه الطريقة بنجاح ، (على حد نتائج عديد من الدراسات)؛ خاصة فى مجال الاعتماد على النيكوتين والاضطرابات المرتبطة بـ Necotine-Related Disorders..إضافة إلى

استخدم عديد من فنيات هذه النظرية ، مثل : التدريبات على حل المشكلات ، وإعادة البنية المعرفية ، تعلم مهارات المواجهة، ضبط الذات ، وإحداث تعديلات فى السلوك من خلال التدريب على أنماط سلوكية معينة..إلخ.

انظر فى هذا الصدد:

(Sadava & Weithe., 1985) (Hirschman &Leventhal., 1989)

ومن الجدير بالذكر أن كثيراً من المعالجين يستخدمون الفنيات المتعددة للتيار السلوكى (أو للتيارات السلوكية ان جاز التعبير) فى التعامل مع عديد من صور ومجالات اضطرابات السلوك ، بل وتحفل الدوريات السلوكية بذكر مثل هذه الحالات، بل وذكر النتائج الإيجابية لمثل هذه التدخلات العلاجية، بل يصل الأمر أحيانا ببعض السلوكيين إلى ان يقارن ما بين النتائج (الكمية -الإحصائية) التى حصل عليها (هو وزملاؤه) بمقارنة ما توصل إليه (المعالجون النفسيون ذوو التيار التحليلى الدينامى) مبرزين فى الوقت نفسه- النجاحات الساحقة لهم فى مجال التعامل مع الاضطرابات (بمختلف انواعها) .

انظر على سبيل المثال: **(Franks, Barbrack., 1986)**

مزايا العلاج السلوكى:

١- يعتمد العلاج السلوكى على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة فى ضوء نظريات التعلم ، والتى يمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا.

٢ - يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك ، نحكم به على نتيجة العلاج.

٣ - ييسر للمعالجين استخدام اساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية.

٤ -يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة محددة ، حيث يلعب الفعل دوراً أهم من الكلام.

٥ - يستغرق وقتاً قصيراً لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد.

٦ - يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية.

٧ - يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد تدريبهم .

٨ – يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.

٩ – يفيد بديلاً للعلاج التقليدى فى علاج كثير من المشاكل السلوكية، وتطبيقاته أوسع من أى بديل آخر؛ لأنه يتناول تصحيح العادات الخاطئة والسيئة لدى الاشخاص.

١٠–يبدو مستقبله أكثر أمناً من طرق العلاج التقليدى الأخرى.

(حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ص ٢٥٦) .

العيوب:

١ – الاقتصار على تعديل السلوك الظاهر دون أخذ الجانبين الاخرين– المعرفى والانفعالى– فى الاعتبار.

٢– الإهمال للشق المعرفى .. ذلك الشق الذى يميز الإنسان بما هو إنسان، ويجعله يبدأ من حيث انتهى الآخرون نتيجة استخدامه اللغة واختراع الكتابة..ولذا فقد ظهر علم النفس المعرفى كرد فعل لتوجه السلوكية الإمبريقى المتطرف لتصحيح المسار .

(رشدي فام منصور. ٢٠٠٠ ، ص ص ١١٥–١١٦) .

٣ – أحياناً يكون الشفاء وقتياً.

٤ –يركز على التخلص من الأعراض، وبذلك يزول العصاب، والأمر فى الأمراض النفسية عادة ليس بهذه البساطة.

(حامد زهران، ١٩٩٧ ، ص ص ٢٥٧–٢٥٧) .

ونكتفى بهذا القدر من الحديث عن أشهر تيارين فى علم النفس ، هما : التيار الدينامى والتيار السلوكى..إلا أن ذلك لا يمنع من وجود إسهامات أخرى فى مجال علاج الإدمان..سوف نتعرض لها فى ثنايا الفصل القادم.

الفصل الرابع

قضـــايا واستشــكالات
فـى عــلاج الإدمـــان

- عناصر الموقف العلاجى .
- المحاور الخاصة بعلاج الإدمان .
- الفريق العلاجى للإدمان .
- المدمن المنتكس .
- خطة التعامل مع المدمن المنتكس .
- الأخصائى النفسى وعلاج الإدمـان من البداية إلى النهاية .

الفصل الرابع

قضـــايا واستشـــكالات فـــى

علاج الإدمـــــــان

مقدمة:

تثير قضية الإدمان عديداً من القضايا والاستشكالات..وقبل أن نتعرض سريعاً لهذه القضية ، يجب ان نشير إلى أن الموقف العلاجى يتكون من ثلاثة عناصر مهمة:

عناصر الموقف العلاجي ، وهذه العناصر هى:

أولاً: المريض: وهو ذلك الشخص الذى يعانى من آلام عضوية ونفسية معينة مع العلم بأن الشكوى قد تكون مقبولة، وقد تكون مرفوضة وفقا لقدرة الفرد على تحملها، وكذا مقدار انتشار الإحساس بألم ما. ووجود شكوى يعنى أن هناك ألما مصحوباً بأمل ورغبة فى القضاء عليه ؛ أى مجرد وجود ظاهرة الشكوى من المرض يعنى ضمنا وجود إمكانة العلاج. وإذا كانت هناك فائدة ما للألم ؛ إذ إن هذا الآلم يكر ن مؤشراً على وجود المرض، ودافعاً فى الوقت نفسه للقضاء عليه. والألم بطبيعته يمثل حالة غير مرغوب فيها؛ فهو يعنى الرغبة فى القضاء على نفسه، كما أن وجوده يعنى نفياً لحالة الراحة أى نفياً للذة بعبارة أخرى .. فإن المرضى كحالة مؤلمة يعنى نفى الصحة كبديل نسعى إليه. والعلاج إذاً هو السعى للقضاء على الألم والمرض من أجل الوصول إلى الصحة والسعادة والسواء (والخلو من الاضطراب).

وإذا كان العلاج هو محاولة القضاء على الألم، وإن الألم (وفقاً لقوانينه الجـ ديدة) يسعى الى القضاء على نفسه..فلماذا إذاً وجد العلاج ، بل وتأسست المؤسسات العلاجية؟

واقع الأمر أن المجتمع– أى مجتمع– فى تطوره إنما يسعى إلى (التخصص) بل وفرض ذلك على أفراده ، عكس حال الطبيب قديما والذى كان يسمى (حكيما) لإلمامه بطرف من كل العلوم.. وكان (مثقفا) بالمعنى الشائع لمفهوم الثقافة والالمام بطرف من كل علم، .. وليس الحال كما هو الآن حين نجد كمثال فى الأمراض العضوية، وقد تحولت الى ساحات (للتخصص) .. بل ونجد حديثا تخصصات داخل

التخصص الواحد ، مثال أمراض العيون..الآن بها تخصصات مثل : تخصص الحول..وتركيب العدسات..الخ.. وقس على ذلك تخصص مثل تخصص الاسنان .. حيث نجد من يتخصص فى التقويم.. الحشو.. التركيب..إلخ.

ومن هنا فإن وجود (الألم كمشكلة لدى البعض) يقتضى بطبيعة الحال وجود (فئة ، أو فئات مهمتها التعامل مع هذا الألم)..مما أدى الحال فى النهاية إلى تقسيم أفراد المجتمع إلى:

-مرضى.

-معالجين.

ويثير- فى هذا الصدد-د.محمد شعلان ، عديداً من التساؤلات التى قد تبدو فلسفية وسفسطائية، بيد أنها مطلوبة لأنها تنير الطريق أمام المرضى والمعالجين.

فالواقع أنه لا توجد (لذة مطلقة) ولا (ألم مطلق) وإذا افترضنا اختفاء الالم ، وأن يتحول كل شيء فى الحياة إلى (مثير للذة والسعادة)..فإن هذه اللذة ستتحول بعد فترة إلي (لا لذة)..لأن اللذة موجودة أصلاً بقدر ما توجد حالة مخالفة تسبقها أو تقارن بها وهى حالة الألم ، أى إن اللذة لا توجد إلا بالمقارنة مع الالم وفى إطاره، وإذا قضينا على الألم فإننا-فى هذا السعى- نقضى أيضاً على اللذة...ولذا فإن (المهن الطبية-العلاجية) تسعى إلى القضاء على الألم ، ولكن ليست بصورة (كلية) لأننا لو قضينا عليه تماماً (ما عادت هناك لذة)..وإذا كان المعالج حليف لذة فى مقابل الألم فإنه قد يجد نفسه عاجزاً تماماً عن القضاء على غريمه تماماً. والمخرج من هذا (الفخ) هو تقبل النقيض أى حالة الألم وحالة الرغبة فى القضاء على الألم على السواء.

(محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ص ص ١٦٠-١٦١).

ثانياً: الطرف الثانى: فى العملية العلاجية هو : المعالج

تعتمد غالبية العلاجات تعتمد فى هذا الصدد على (مريض-معالج) ..بيد أن الأمر فى (علاج الإدمان) يحتمل أكثر من ذلك..ذلك لأن الإدمان (تخصص معقد ويحتمل دخول تخصصات أخرى معه، بشرط أن يحدث نوع من التعاون-التوافق-تبادل المعلومات-تحديد الأهداف-تحديد متى يبدأ كل طرف ومتى ينتهى دوره...إلخ)..لأن إشهار عصا (التميز) فى مواجهة (التخصصات) الاخرى.. لا يؤدى إلى حل المشكلة بل (يزيد من تعقدها)..مثلما ذكر ذلك محمد شعلان حيث يقول رجل القانون يقول فى (قانونى العلاج) ، ويقول رجل الشرطة (فى عصاى

الصلاح) ويقول الطبيب النفسى فى (دوائى الشفاء ...إلخ) ، (**محمد شعلان ، ١٩٨٦**) .

وأن الأمر من وجهة نظرنا يحتاج إلى أكثر من تخصص ، ولذا فإن علاج الإدمان يتم من خلال فريق علاجى ، يتكون من :

- أخصائى طب نفسى .
- أخصائى نفسى إكلينيكى .
- معالج نفسى .
- أخصائى اجتماعى .
- مرشد تعافى .
- أخصائى تأهيل (بالعمل) .
- مرشد دينى .
- ممرض متخصص فى التعامل مع الإدمان والمدمنين.

وسوف نذكر وظيفة كل عضو من اعضاء الفريق العلاجى فى فقره لاحقة كما أننا لسنا فى حاجة إلى التدليل وتأكيد ضرورة توافر مجموعة من الشروط فى أى شخص يريد أن يتعامل مع المدمنين ، وكذا يتعاون مع الفريق المعالج من خلال الشروط الآتية :

- الدراسة الأكاديمية المتخصصة.
- الرغبة والدافعية للعمل مع المدمنين ، وأن يتقبلهم كما هم ؛ لأن عدم توافر هذا الشرط (أى عدم القبول النفسى سوف يقوده إلى الوصول إلى نتائج خاطئة! إضافة إلى عديد من الصعوبات النفسية التى سيواجهها) .
- التدريب (تحت إشراف) .
- أن ينمى صفة الفهم المتبادل بمرضاه من خلال فهمه لنفسه.
- أن يمتلك القدرة على التعاطف، مع مدى واسع من الشخصيات المختلفة.
- أن يكون أكثر تعاطفاً مع انفعالات الآخرين وغيرها من الصفات، التى أكدها عديد من الذين تعرضوا للشروط الواجب توافرها فى المعالج النفسى.

(انظر فى هذا الصدد: أنطونى ستور، ١٩٩١ ، ص ص ٢٢٩-٢٥٧) .

الطرف الثالث فى العملية العلاجية : هو طبيعة المجتمع وثقافته الذى يتواجد فيه (المدمن-المعالج).

المدمن والمعالج كلاهما يعيش فى إطار ثقافى-كما أن العلاج النفسى ينشأ كجزء لا يتجزأ من الثقافة، ولكى يؤدى دوره بكفاءة يجب أن تتشابه قيمه الإنسانية مع قيم الثقافة، ولكى يحقق الاثنان معا درجة من الفاعلية فى إشباع الحاجات الانسانية ، يجب أن تستند قيم الاثنين إلى اساس أشمل من الخصائص البيولوجية الأساسية للإنسان..ولذا فإن العلاقة بين الثقافة والشخصية، وكذا أساليب التنشئة الاجتماعية وطبيعة السواء أو اللاسواء واضحة فى عديد من الدراسات التى تعرضت لمثل هذه القضايا. **(محمد حسن غانم ٢٠٠٢ ، ص ص ٣٧-٤٣) .**

ولذا فإن هذا المحور (أى المجتمع والثقافة الخاصة به) يطرح عديداً من القضايا مثل :

- النظرة إلى المدمن وهل هو مجرم يستحق العقاب أم مريض يحتاج العلاج؟
- وهل المجتمع وثقافته تسمح (بتناول بعض المواد المخدرة) أم يكون هناك منع تام؟
- أم هل يمارس المجتمع نوع من (الازدواجية) ..أى يسمح بالتناول فى المناسبات وفى الغرف المغلقة وأماكن محددة، ويرفض ذلك فى (أوقات وأماكن أخرى) فى المجتمع نفسه.
- لأن كل ما سبق سيترتب عليه الموقف من العلاج من خلال:
- الإكثار من التشريعات القانونية.
- صدور أحكام بالحبس والسجن.
- أم بناء مستشفيات متخصصة لعلاج الإدمان.
- أم تلحق أقسام علاج الإدمان بمستشفى نفسى.
- وهل نشجع (المدمن) للذهاب للعلاج طوعًا، أم نجبره (فى حالة القبض عليه) إلى ضرورة تحويله للعلاج (قسراً).
- وهل هناك منظمات أهلية تشارك فى هذا الصدد أم أن الأمر (متروك) فقط للسلطة ومن بيدهم الأمر؟
- وهل توجد أماكن متعددة للعلاج أم أن هذه الأماكن محددة ومتواجدة فقط فى العاصمة (كمظهر وديكور حضارى يتحدث علناً أمام المنظمات الدولية؟!) .
- وما (الفرص) المتاحة للعلاج ، حيث فى بعض دول الخليج العربى على

سبيل المثال يسمح للمدمن أن يتردد (٤) مرات بصورة اختيارية ، وفى المرة الخامسة (يتعرض للعقاب).

- وهل توجد خطة للكشف عن الحالات التى تتعاطى..وهل يتم هذا الكشف مبكرا أم بعد (استفحال وتأزم) الأمر؟ وغيرها من القضايا التى يثيرها مفهوم العلاج.

المحاور الخاصة بعلاج الإدمان:

لا نستطيع أن نعول على (محور واحد) فقط من محاور العلاج فى الإدمان.. لأن الاقتصار–مثلا–على تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية Withdrowal Symptomsيقود الى التعاطى..حيث يؤكد (وكلر وزملاؤه) تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التى تم فيها للمتعاطى التحرر من المخدر لفترة أو لأخرى ، ناهيك عن أن الرغبة فى التعاطى تظل كرغبة قهرية تدفع بالمتعاطين الى الانتكاس، خاصة مع توافر المثيرات كالأقران، ورائحة المخدر وأماكن التعاطى ، وأدوات التعاطى، ولذا فإن التركيز فقط على (جانب واحد من الجوانب التى نظن أنها تعالج الإدمان ، وفى الوقت نفسه تهمل الجوانب الأخرى والمتداخلة معها فى التعامل مع الظاهرة نفسها) ، يقود بالمدمن الناقه حاليا إلى الانتكاس..ولذا لابد من نظرة متكاملة لمشكلة كيفية التعامل مع الإدمان والانتكاسات.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠، ص ٣١) .

كما أننا يجب أن نأخذ فى الاعتبار الآتى:

١ – أن الإدمان هو (المرض) الذى يجب أن يعالج من خلال فريق علاجى.

٢ –هذا الفريق لابد أن يحتوى على تخصصات متعددة .

٣ – أن يحدث نوع من (التكامل) بين هذه التخصصات المختلفة.

٤ – أن الانتكاسة جزء من الإدمان..وقد أشارت بعض الدراسات إلى حقيقة مؤداها أنه على الرغم من وجود فريق علاجى يتعامل مع المدمن ، إلا أن نسبة نجاح هذه البرامج العلاجية فى منع الانتكاسة يقدر نجاحها بنسبة ١٥ ٪ (أى فشل العلاج مع ٨٥٪) من مجموع المدمنين الذين التحقوا فعلا بالبرامج العلاجية. **(Gerstein., 1994)**

٥ – أن من أكثر الأمراض صعوبة أمام الطبيب النفسى هو مرض الإدمان.. لأن الإدمان يشتبك مع عديد من الاضطرابات النفسية..وهل هذه الاضطرابات

كانت موجودة لدى الشخص قبل دخوله في الإدمان.. أم أن هذه الاضطرابات رافقت الشخص فى رحلته مع الإدمان ..أم أن هذه الاضطرابات ترتبت ونتجت عن استمرار الشخص فى الإدمان. وهو ما يعرف بقضية التشخيص المزدوج.

٦ – أن علاج الإدمان يقتضى توافر درجة عالية من الدافعية لدى المدمن.. فنتائج العلاج الطبى سيئة للغاية..علمًا بأن نسبة الذين يقبلون على العلاج من بين المدمنين قليلة، رغم أن الذين يقبلون بإرادتهم –وهم أقل– أفضل من الذين يقبلون قسراً أو بسبب ضغوط عائلية واجتماعية ،وحتى هذه الفئة من الذين يحضرون طالبين العلاج أغلبهم يرتد. **(محمد شعلان، ١٩٨٦، ص ٦٩)**.

٧– أن علاج الإدمان هو العلاج الوحيد من بين العلاجات النفسية الذى يجابه بمقاومة شديدة من جانب المدمنيين؛ لوجود عديد من الأفكار الخاطئة واللامعقولة حول مدى سيطرة الإدمان عليهم،.. وأنهم أمامه مسلوبو الإرادة.

٨– أن العلاج فى الإدمان يجب أن يتم فى مؤسسات علاجية لها مواصفات محددة للتعامل مع الإدمان ؛ خاصة حين نتعامل مع مواد مخدرة إدمانية أكثر فتكاً وخطورة من المخدرات الطبيعية ، ونقصد : الهيروين ، الكوكايين ، وعقاقير الهلوسة.. إلخ .

٩– إلا أن كل ما سبق لا يجب أن يجعلنا نيأس..لأن المدمنين على الرغم من أنهم أصعب الحالات استجابة للعلاج .. إلا أنهم فى الوقت ذاته يمتلكون عديداً من الإمكانات التى تؤهلهم للدخول فى برامج التأهيل والتعافى من بين عديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. **(Abdalmawgoud & Fateem. 1995., p. 3)**

١٠– تنوع الدوافع التى تدفع بالشخص الى التعاطى..والاستقرار على (مخدر ما) أو الانتقال من مخدر الى آخر. **(هند سيف الدين . ١٩٩٦، ص ١٣)**.

١١–أيضا .. تنوع الدوافع التى تدفع بالمدمن الى طلب العلاج – وهل ذهب فعلا للعلاج رغبة منه فى «التعافى» و(الحياة دون مخدر) أم أنه ذهب لأسباب ودوافع اخرى مثل: إرضاء الأهل..وجود مشاكل فى البيئة التى يعيش فيا..ندرة المخدر الذى يتعاطاه ..الخ. **(محمد حسن غانم، ٢٠٠٠)**

١٢–أنه فى علاج الإدمان ، لابد من مشاركة الأسرة فى العملية العلاجية ؛ لأن الإدمان يخلع – على حد تعبير أ.د. مصطفى سويف– المدمن من السياق الاجتماعى: الاسرة – العمل – أو الدراسة– الأصدقاء، ويصاب بحالة من العزلة

والوحدة والانطواء والانسحاب التدريجى من خضم التفاعلات الاجتماعية..والتى يقسمها محى الدين أحمد حسين (٢٠٠٢) إلى فئتين رئيسيتين:

الفئة الأولى: وهى المتصلة بحدود هشاشة العلاقة بين المدمن والسياق الاجتماعى بمؤسساته الاجتماعية المختلفة.

الفئة الثانية: وهى المتصلة بطبيعة التفاعلات ذاتها القائمة ، بينه وبين هذا السياق. **(محى الدين حسين، ٢٠٠٢، ص ٦٣).**

وفى هذا الصدد وفى مصر، يذكر أحمد عكاشة (كمثال لعدم اتباع النظرة المتكاملة فى التعامل مع مشكلة الإدمان..والاقتصار فقط على التدخل الطبى) يذكر: أنه لوحظ فى أبحاثنا المختلفة أن ٧٠٪ من مرضى الإدمان لا يكملون مدة العلاج ، ومن ثم تزداد نسبة الانتكاسة..ولوحظ أيضا أن ٨٠٪ من المدمنين لا يترددون بعد خروجهم من المستشفى ومتابعة عملية التأهيل والعلاج النفسى، ومن ثم يكونون عرضة للانتكاسة، اضافة الى يأس الأبوين من العلاج، والسمعة السيئة فى علاج الإدمان تنتج من كثرة الانتكاسات..وأن النسب الحديثة فى مصر بعد متابعة لمدة خمس سنوات تفوق نسباً كثيرة من العلاج فى الخارج..وقد وجد فى مصر مثلا:

- أن ٤٠٪ من مدمنى الهيروين يتم شفاؤهم بعد انتكاسة أو اثنتين.
- وأن ٣٠٪ امتنعوا عن التعاطى تماماً حتى خمس سنوات.
- أما بقية النسب فتنتهى : إما فى السجون أو مستشفيات الامراض العقلية، أو الوفاة، حيث وجد أنه خلال خمس سنوات من تعاطى الهيروين يتزايد معدل الوفاة ليصل من ١٠٪ إلى ١٥٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢، ص ص ٤٩٩-٥٠٠).

الوقاية من الإدمان :

ليس من مهمة الفريق العلاجى التعامل فقط مع الحالات التى (وقعت) فى الإدمان ، وإنما يجب أن يسبق ذلك خطوات تتمثل فى الوقاية ، والعمل على منع (استهداف) الفئات الأكثر عرضة للوقوع في الإدمان . وهنا تقع المسئولية على عاتق الوقاية ، وقد اصطلح الخبراء فى منظمة الأمم المتحدة وهيئة الصحة العالمية إلى تصنيف الوقاية في فئات ثلاث ، هى:

أ -الوقاية من الدرجة الأولى: Primary Prevention

ويقصد بها منع وقوع الإصابة أصلاً؛ أى منع وقوع فعل التعاطى والتدبير لهذا المنع أمر بالغ الصعوبة لتعدد العوامل المهمة فى حدوث الإدمان .

(هند طه، ١٩٩٤، ص ص ٢٣١-٢٤٢) .

ويتطلب هذا المستوى ضرورة تحديد أى الفئات العمرية والشرائح الاجتماعية التى تكون أكثر استهدافاً للتورط فى التعاطى، وقد توصل عديد من الأبحاث إلى تحديد فئتين من الأفراد والشرائح الاجتماعية يحتمل تورطهما فى فعل الإدمان ، وهما:

١- الجماعات المستهدفة للتعاطى أوالجماعات الهشة: Risk groups

ويقصد بها أى جماعة محدودة داخل المجتمع الكبير، يرتفع احتمال تورط أفرادها فى الإدمان أو يسهم فى زيادة احتمال التورط عدة عوامل، حصرها (عارف ووستر ماير) ١٩٨٨ فيما يلى:

-وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة.

-الانهيار الأسرى.

-الدخل المنخفض.

-ضعف الوازع الدينى.

-اختلال الانضباط داخل الأسرة.

-مصاحبة أقران متعاطين.

-تدخين السجاير قبل سن ١٢ سنة.

-الظروف السيئة فى بيئة العمل.

- الأداء المدرسى المنخفض **(لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢) .**

ونتفق مع سويف فى أن هذه العوامل السابقة يندر أن يقوم أحدها منفرداً بل الغالب أن يقوم بعضها (إن لم يكن كلها) معاً، وأن تنشط معاً مما يجمع آثارها معاً ويجعلها شديدة الوطأة على الفرد.

وجدير بالإشارة إلى أن هذه العوامل قد تأكدت من خلال سلسلة البحوث الوبائية المصرية ، وفى عديد من الشرائح والقطاعات البشرية التى تناولتها تلك الدراسات (انظر على سبيل المثال **Souaif *et al.*, 1982a., 1982b)**

ب- الحالات تحت الإكلينيكية

وهى الحالات التى تكشف عن أشكال أو درجات معينة من الاضطرابات والأعراض ، التى لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم فى عداد المرضى، ولكنها لا تتركهم ليحسبوا ضمن الأسوياء. وقد أكدت بعض الدراسات الميدانية فى هذا الصدد أن نسبة منهم يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان الذى يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها، هى التداوى أو التطبيب الذاتى Self Medication .

انظر على سبيل المثال:

Erich. GooDe. 1999 PP:349-380. Bru ehl. S., 1994., pp. 189-197 .

ولذا فقد أشار التقرير الإستراتيجى للجنة المستشارين العلميين إلى أن عيادات الصحة المدرسية يمكن أن تساهم فى التشخيص المبكر لهذه الحالات، ومن ثم تقديم الخدمة الطبية النفسية المبكرة لحمايتهم من الانزلاق فى طريق أو فعل الإدمان (لجنة المستشارين والعلميين ١٩٩٢)، إلا أن الواقع يؤكد عجز فى غالبية عيادات الصحة المدرسية عن القيام بأدوارها فكيف سيكون الحال مع الإدمان.

وتجدر الإشارة إلى أن عديداً من دول العالم تهتم بهذا الجانب من الوقاية (أى منع الوقوع فى فعل الإدمان من الأصل) والتركيز على الشرائح الاجتماعية الأكثر عرضة لهذه الظروف من الأطفال والمراهقين أو البيئات الفقيرة الضاغطة واستخدام العديد من الوسائل (العلمية/الموضوعية) فى ذلك .

انظر على سبيل المثال:

(Morre.S.F., 2000., pp. 30-37)

(Polansky, J.M., 1999., pp. 186-198)

(Lisnor, L&Harding, C.G&Safer, L.A., 1998., pp. 301-311)

(Kim, S, *et al.*, 1998., pp. 238-301)

(guen, F *et al.,* 1998., pp. 119-131) (Covingto, H., 1999., pp. 82-87)

(Ryan, J *et al.,* 1999., pp. 23-60) (عويد سلطان المشعان ، ٢٠٠٠).

ثانياً : الوقاية من الدرجة الثانية : Secondary Preventin

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن للمتعاطى عدم التمادى فى الوصول إلى مرحلة الإدمان، وكل ما ترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات **(أحمد عكاشة، ١٩٩٤)**.

وقد توصلت مجموعة الدراسات الميدانية التى أجريت فى مصر منذ عام ١٩٧٨ حتى عام ١٩٩٠ إلى أن حوالى ٧٥٪ ممن يقدمون على التعاطى يتوقفون ويتراجعون قبل الوصول إلى مرحلة الإدمان **(مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧)** ، **(لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢)** ، وهذه النسبة ثابتة بالنسبة لمعظم المواد النفسية ماعدا الهيروين ؛ فلم تتوفر بعد مثل هذه المعلومة عنه.

ويشير التقرير الاستراتيجى إلى أن الكشف عن هذه الفئة أمر ميسر فى سياق اجراءات الكشف الطبى الدورى العادى للتجمعات الشبابية عند الالتحاق بالمدارس والجامعات والأندية أو أثناء الوقوع فى مخالفات قانونية **(لجنة المستشارين والعلميين ١٩٩٢)**.

ثالثاً : الوقاية من الدرجة الثالثة : Tertiary Prevention

ويشار بها إلى التدخل العلاجى المتأخر نسبيّاً، لوقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات الجسمية والنفسية المترتبة على الإدمان، ويدخل تحت هذا النوع من الوقاية جميع إجراءات العلاج الطبى والنفسى والتأهيل الاجتماعى (انظر : لجنة **المستشارين العلميين ١٩٩٢ ، أحمد عكاشة ١٩٩٤ ، مصطفى سويف، ١٩٩٦)**.

العـــــلاج Treatment

ويقصد به جميع إجراءات التدخل الطبى والنفسى الاجتماعى ، التى تؤدى إلى التحسن الجزئى أو الكلى للحالة مصدر الشكوى أو للمضاعفات الطبية والطبية النفسية المصاحبة **(لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢)**.

وأن المتتبع لما يكتبه المتخصصون فى مجال علاج الإدمان ، يجد أنهم يؤكدون مجموعة من الحقائق ، التى يجب أخذها فى الاعتبار إذا أردنا العلاج الحق للإدمان وما يتعلق به من قضايا واستشكالات ، مثل:

١- أن الأمر المؤكد أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة، وأن مدمنى المخدرات ومدمنى الكحوليات مجتمعات غير متجانسة بشكل واضح ، وبالتالى لا يجب أن (نصب) كل مدمن فى قالب علاجى (واحد).

٢- أن العديد من الأبحاث قد أكدت أن المخدر الذى يعتمد عليه الشخص قد اختاره لتأثيراته الطبية أو العلاجية ، فعلى سبيل المثال تستخدم المخدرات المنبهة بكثرة لخفض القلق الاجتماعى ، وأن مدمنى مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر لكى يمكنهم من التعامل مع حالات الحزن والكدر المرتبطة بمشاعر العداء والعدوانية، وبالتالى.. فان استخدام المخدر كعلاج يقتضى أن نضع فى الاعتبار ضرورة وضع برنامج مناسب ، يتجه نحو علاج المشكلات الكامنة خلف الإدمان.

٣ – لابد من الوقوف على معتقدات واتجاهات الشخص تجاه المخدرات أو الكحوليات، ويتعين هنا–على أعضاء الفريق العلاجى للإدمان–أن يكتشفوا معاً المعنى الاجتماعى والنفسى لتعاطى هذا المخدر تحديداً ؛ لأن إنكار أو تجاهل إدراكات المدمن حول استخدامه للمخدر يؤدى إلى تفجر المقاومة أو العداء من جانب المستخدم، إضافة إلى إمكانة التأثير فى جهود المعالجين.

٤ – لابد من الأخذ فى الاعتبار–عندما يتقدم المدمن للعلاج إثارة مثل هذه التساؤلات والإجابة عنها: لماذا فكر المدمن فى العلاج؟ ولماذا فى هذا التوقيت تحديداً؟ وبأى شكل يشعر المدمن أنه أفضل أو مختلف عندما يتعاطى أو يتوقف؟ وما مخاوفه حينما يتوقف؟ لأن عديداً من المدمنين لا يقدم على العلاج خوفاً من آلام الأعراض الانسحابية (حتى وإن كان بها قدر من المبالغة)، ولاشك أن الوقوف على مثل هذه التساؤلات من المدمن (على أساس أنه صاحب القضية أولاً وأخيراً مهم جداً). (**محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠**).

٥ – ضرورة تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسئوليتها عن الإدمان وفشل العلاج وبالتالى كثرة الانتكاسات، وبالتالى لا نستطيع أن نتحدث (لا فى الحاضر ولا فى المستقبل) عن إمكانة وجود نموذج واحد للعلاج يطبق بلا استثناء على جميع المدمنين ، بل الأقرب إلى التفكير المنطقى والنظرة العلمية الموضوعية أن نذكر بضرورة : تفصيل وتصميم برنامج علاجى طبقاً لاحتياجات الفرد ، وإذا كانت العبارة تبدو بسيطة ولا تثير جدلاً أو خلافاً إلا أنها إذا طبقت بطريقة إكلينيكية سليمة فسوف يقتضى عديد من الجهود والتعاون بين كافة أعضاء الفريق العلاجى، بل عديد من مؤسسات المجتمع المعنية بمشكلة الوقاية أو العلاج والتأهيل للمدمنيين.

٦–أن يكون التقييم شاملاً للفرد ، وأن يحدد هذا التقييم:

–حجم وطبيعة المشكلة.

-مدى معاناة الفرد من أى اضطرابات نفسية أو عقلية.

-هل هذه الاضطرابات-إن وجدت-كانت سابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان.

-ما دوافع الشخص-هذا تحديداً-للتعاطى.

-ولماذا هذا المخدر بالضبط وتاريخه معه.

-ما حجم المشكلات الاجتماعية التى ترتبت على الإدمان.

-مرات التردد للعلاج والدافع فى كل مرة .

-مرات الانتكاسات والدافع فى كل مرة.

-طبيعة الظروف الداعمة أو الضاغطة فى بيئة الشخص.

وغيرها من التساؤلات التى يجب أن يتخصص كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى فى تشخيصها ووضع خطة علاجية مناسبة/ومتكاملة لها.

٧ - إن التوقف عن التعاطى لا يجب أن يكون هدفاً فى حد ذاته ، بل لابد من وضع محكات للتعاطى من الإدمان، ذكرها عديد من الباحثين (ومنهم بايتسون) الذى ركز على:

أ - أن الامتناع الإرادى عن التعاطى (فى مدمنى الكحوليات كمثال-لكنه يمثل جميع مدمنى المخدرات والكحوليات بالطبع) بل لابد من تحقيق تحسن فى الجوانب الانفعالية الآتية:

- تحسن فى حالات الانفعالات الحادة.

- تحسن فى العلاقات بين الشخص والآخرين.

- تحسن فى أدائه للعمل.

- تحسن فى حالته الصحية الجسمية.

ب - أن الامتناع الإرادى لا يرتبط بالضرورة بالتحسن فى المجالات الأخرى للحياة الصحية، وقد يرتبط بالتدهور الوظيفى فى هذه المجالات الأخرى.

جـ - بينما لا يمتنع بعض المدمنين إرادياً إلا أنهم يظهرون تحسناً عامًا فى كل مجالات الحياة (Patison., 1967) .

٨ – أن التدخل الطبى وتخليص الجسم من آثار الإدمان إنما يعد من أسهل الأمور فى برنامج إعادة التأهيل الشامل للمدمن، واقتصار الفهم حول هذا المحور فقط إنما يعد (تخلفاً) فكرياً إزاء هذه القضية المتشعبة، لدرجة أن أحد المدمنين قد قال لى (معلقاً) على التدخل الطبى فقط: مادام الأمر بهذه السهولة (يقصد العلاج) فلماذا لا أعاود الإدمان ثم العلاج ثم الانتكاس .. وهكذا إلى ما شاء الله؟

٩– أن يعى كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى أو مؤسسات المجتمع المعنية بالوقاية والعلاج وإعادة التأهيل للمدمنين أن تعرف أن علاج الإدمان وإعادة التأهيل تمر بأربع مراحل ، هى:

أ – مرحلة التجاهل Precontem Plation أى عدم إدراك الشخص المدمن لأضرار الإدمان ، على الرغم من أن المحيطين به يعلمون الأضرار.

ب– مرحلة النية أو العزم Contemplation ويقصد أن الشخص قد أدرك خطورة الإدمان و(ينوي) أن يقلع ، ولكن لم يتخذ قراره بعد.

جـ– مرحلة الفعل Action وهو الذهاب فعلاً إلي العلاج .

د – مرحلة الاستمرارية فى التعاطى Maintenance Recovery والبعد عن كل ما يثير الانتكاس مرة أخرى.

(Prochaska and Diclement, 1986., p. 390)

وأن المراحل الأربع أيضاً تثير عديداً من الاستشكالات ، مثل:

– وجود فروق بين الأفراد فى كل مرحلة.

– قد يقف الفرد عند مرحلة معينة ولا يتعداها.

– قد يتراوح الشخص بين مرحلتين (الأولى/الثانية) أو (الثالثة/الرابعة) .

١٠–ضرورة الأخذ فى الاعتبار أن الانتكاسة Relapes هى جزء أساسى من قضية الإدمان . ولذا .. فإن المتابع لأدبيات جماعة المدمن–الكحول والمخدرات–المجهول (A.A) و(N.A) وغيرها من جماعات المساندة الذاتية يؤكدون أنه لا يوجد تعافى تام، وأن الإدمان مرض (عنيد/مراوغ) يمكن أن يجر الشخص إلى التعاطى مرة أخر وتحت دعاوى يبررها الشخص لنفسه من قبيل: «أن كأساً واحداً لن يضر» . ولذا يجب أن ندرب المدمن (الناقه على عديد من الأساليب المهارية ونشغله بكل ما هو مفيد حتى نملىء الفراغ الذى تركه الإدمان ، وما أرتبط به من طقوس وسلوكيات) .

١١- أن التوقف عن التعاطى يكون مصحوباً بعديد من مظاهر القلق والمخاوف مثل: الخوف من عملية التعافى نفسها ؛ إذ لا يبدو التعافى فى نظر مدمنين عديدين وكأنه نعمة، بل يبدو وكأنه خطر يتهددهم ، وتعنى أيضاً الخوف من إفشاء بعض أسرارالأسرة ومخاوف من الأعراض الانسحابية، والخوف من المعاناة الجسمية والنفسية، والخوف من الكلام فى مجموعات التعافى فى أثناء جلسات العلاج الجمعى، وخوف الشخص من أن يكشف نفسه، والخوف من ممارسة الجنس بدون استعمال خمر أو مخدر ، والخوف من انتهاء العلاج، والخوف من الاختلاط بالآخرين دون مخدر، والخوف من خلق انطباع سيء عن الغير دون استخدام المخدر (**جيل روزيلليني ومارك ووردن، ١٩٩٦**) ، ولذا يجب على كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى فهم ذلك ، وأن يعى المدمن ذلك أيضا.

تلك كانت من وجهة نظرنا -ومن خلال اطلاعنا على العلاج الحق وإعادة التأهيل للمدمنين-الحقائق الإحدى عشرة ، والتى يجب أن يعرفها كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى الذى يتعامل مع الإدمان والمدمنيين.

مراحل العلاج :

لعل أول مرحلة فى العلاج ، هى:

أولاً : مرحلة التقييم : Assessment

١ - **دور الطبيب النفسى** : ويتلخص دور الطبيب النفسى فى:

- إجراءات تطهير الجسم من سموم المخدرات.
- إجراءات طبية لمواجهة بعض حالات الإرجاع الذهانية الحادة المصاحبة لأنواع التسمم التخديرى.
- إجراءات طبية لمواجهة حالات الإفراط فى الجرعة.
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان بصفة عامة لأنه يشيع بين غالبية المدمنين مثلا: سوء التغذية-الأمراض المعدية-الإصابات البدنية-الاضطرابات النفسية الجسمية.
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان والمرتبطة بنوع المخدر، الذى كان المدمن يتعاطاه.

والخلاصة: أن النظرة التى يجب أن تسود تجاه العلاج الطبى فى مجال علاج الإدمان أنه لا يزيد عن أن يكون المرحلة الأولى للتدخل العلاجى المتكامل ؛ بهدف إيقاف مجموعة من العمليات البيولوجية التى أستثيرت فى المدمن بفعل الخصائص الكيميائية والفارماكولوجية للمخدر بحيث بدأت تهدد ميدأ الحياة نفسه ومن ثم فقد وجب المبادرة إلى تعطيلها وربما استثارة عمليات بيولوجية أخرى فى الاتجاه المضاد **(لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢، ص ص ٢١٢-٢١٣، مصطفى سويف ١٩٩٦، ص ص ٢٢١-٢٢٥)**.

٢ – دور الأخصائى النفسى الإكلينيكى:

ويتلخص دوره فى:

- معرفة الدوافع التى دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذاك.
- معرفة ما إذا كان هذا الشخص يعانى من أى اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه.
- معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته.
- معرفة شكل علاقاته الاجتماعية وما إذا كانت لديه مهارات اجتماعية أم لا.
- التعرف على سمات شخصيته ، وهل يعانى مثلاً من أى اضطرابات وما شدة ذلك وتأثيره على السلوك.
- تطبيق بعض الاختبارات النفسية التى يستشعر من خلال حسه الإكلينيكى أنها تجيب عن عديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص).
- العلاجات الفردية والجماعية للمدمن، ومن خلال خبرة الباحث فى هذا المجال وجد أن العلاجات السلوكية ، والعلاج العقلانى الانفعالى هى أنسب الأساليب للتعامل مع المدمن، وكذا فى استخدامها (كفنيات علاجية) فى العلاج النفسى الجمعى. **(مصطفى سويف، ١٩٩٤، مصطفى سويف، ١٩٩٦، مدحت أبوزيد ، ١٩٩٨)** ، وأن المجال يتسع لاستيعاب عديد من الفنيات العلاجية الاخرى. **(لطفى فطيم ، ١٩٩٥)**، **(صفاء خريبة، ١٩٩٨)**.

٣ – دور الأخصائى الاجتماعى:

ويتلخص دوره فى:

١– تعرف طبيعة التكوين الأسرى للمدمن (سواء أسرته أو أسرة الميلاد).

٢ – تعرف مقدار الأضرار التي لحقت به من جراء الإدمان ، وانعكاس ذلك على شبكة علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة أو العمل.

٣ – تعرف مقدار التدعيمات الأسرية–أو عدمها لدى المدمن.

٤– تعرف شبكة العلاقات الضاغطة للفرد المدمن ، والتى قد تكون محرضة له على استمرار التعاطى (حتى وإن مر بتجربة علاج) .

٥– تعرف مقدار انعكاس فعل الإدمان على الأسرة، وهل هذا المدمن كان (المعبر وكبش الفداء عن جو أسرى غير صحى سائد) أم أن الشخص هذا بإدمانه قد فجر العلاقات (الهشة) داخل الأسرة.

٦ – الاشتراك مع الأخصائى النفسى فى العلاج الأسرى.

٤–دور المرشد الدينى:

١– تعرف طبيعة الاعتقاد تجاه الدين (الذى يعتنقه الشخص) .

٢ – تعرف التزام أو عدم التزام الشخص فى السابق ، أو فى الوقت الحالى بإجراء العبادات الدينية.

٣ –حث الشخص على أداء طقوس الدين، باعتباره مدخلاً للعلاج.

مع الاخذ فى الاعتبار أن الدين يحدد القيم السلوكية والاتجاهات العامة ، ومنها: الاتجاه نحو المخدرات ؛ فعلى سبيل المثال نجد أن تناول الخمر فى الديانة اليهودية والمذهب الكاثوليكى يتم السماح بها فى بعض الاحتفالات الشعبية والمناسبات الرسمية ، بينما نجد الإسلام وبعض الطوائف المسيحية التقليدية يحرمان نهائياً تناول الكحوليات بل وعدها من الكبائر **(Hiller & Frances, 1991., p. 25)**. كما يمكن استخدام تكنيك المدخل الدينى فى علاج المدمنين ، وتحقيق نتائج جيدة فى استمرار التعافى انظر:

Auto, et al., 1998, P. 642 ، منصور الرفاعى، ١٩٨٨ ، ص ص٤٨٧–٥٠٣ .

وقد أحسن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان صنعاً بإصداره كتاباً موجهاً إلى الدعاة الدينيين الذين يتعاملون مع المدمنين (**صندوق مكافحة المخدرات ١٩٩٩**) ؛ حيث إن الخطاب الدينى الذى يجب أن يوجه للمدمن يجب أن تتوافر فيه مجموعة من الشروط وتقديم الجوانب الإيجابية والسمحة من الدين ؛ فالمدمن يعلم أن التعاطى حرام ، فلماذا يركز المرشد الدينى – مثلا – على هذا المحور ، أو يركز على

محور أن الله سريع وشديد العقاب ، ولايركز مثلا على أبواب التوبة المفتوحة ، وأن الله يفرح بتوبة عبده وأن الله غفور رحيم (؟!) ، كما أن نبرة (الخطابة) الحادة والمحملة (بكم هائل من الانفعالات) قد لاتتناسب مع حالة المدمن ، وأن الخطاب الدينى – من وجهة نظرنا– يجب أن يشمل الجوانب العقلية ، والوجدانية والسلوكية . وبما أن الدين له دور مهم فى تكوين الانسان، وفى تعديل عديد من الاتجاهات والقيم ؛ لذا نرى أن هذا الجانب ينبغى أن يحظى بالاهتمام وإلقاء مزيد من (الأضواء الباهرة)عليه وحوله.

٥ – دور مرشد التعافى:

١ – تعرف تاريخ الشخص مع التدخين والمخدرات.

٢ – تعرف كم الجرعة وهل هى ثابتة أم متزايدة.

٣ – تعرف أساليب المراوغة والإنكار التى يتبعها المدمن فى التعاطى.

٤ – تعرف أسباب الانتكاسة فى كل مرة.

٥ – التدخلات العلاجية بواسطة الخطوات الاثنتى عشرة خطوة، والانضمام إلى جماعات المساندة الذاتية Self Help group

٦ –دور أخصائى أو مرشد التأهيل:

١– تعرف هوايات الشخص التى كان يمارسها قبل أن ينخرط فى الإدمان.

٢–تعرف كيفية قضاء هذا الشخص لوقت الفراغ.

٣–تعرف الميول والاهتمامات.

٤–توجيه الشخص إلى نوع الهوايات التى تحقق له الإشباع بعيداً عن المخدرات.

٥–إمكانة تدريب الشخص على هوايات جديدة حتى يشغل بها وقت فراغه ، أو تحقق له السعادة بعيداً عن السعادة الزائفة والمتوهمة الناتجة عن تعاطى المخدرات.

تلك كانت أبرز واجبات كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى ، الذى يجب أن يتعامل مع المدمن ، ومن خلال تجربة وخبرة الباحث كعضو فى الفريق العلاجى، مع ضرورة الأخذ فى الأعتبار أمرين:

الأول : لابد من وجود تكامل بين جميع أعضاء الفريق العلاجى ، وعدم انفراد عضو من أعضاء الفريق بتقييمه أو المبالغة فيه أو غض الطرف عن بقية التقييمات الأخرى، بل من الواجب الإلزامى أن تصب كل هذه المعلومات فى بوتقة واحدة لصالح المريض/المدمن ، ولصالح جهود الفريق العلاجى.

الثاني: ضرورة تدريب أعضاء الفريق العلاجي على التعامل مع حالات الإدمان، وتعرف اتجاهاتهم تجاه المدمنين بصفة عامة، فقد لاحظت مصلاً-من خلال الخبرة-أن بعض أعضاء الفريق العلاجي ينظر إلى المدمن (على الإجمال) بأنه سيكوباتي antisocial ولذا يجب أن يعامل بعنف، أو لا يكون مؤمناً-على الإطلاق-بإمكانة تعافى المدمن، بل وكان أحد أعضاء الفريق العلاجي يسخر من المدمن (الناقه) الذى كتب له الفريق العلاجى خروجاً من المستشفى أنه سيراه قريباً جداً منوماً في المستشفى.وهذا أمر – من وجهة نظرنا – خطير ويحتاة الضرورة تأكيد (اتجاهات أعضاءالفريق العلاجى تجاه المدمنين وكافة قضاياهم) ، لأن عضو الفريق العلاجى (قدوة ونموذج) وبالتالى يجب أن (ندقق) فى اختيار أعضاء الفريق العلاجى الذى سيقود (سفينة) علاج وتأهيل (ومن قبلها الوقاية)من الإدمان.

ثانياً : مرحلة التشخيص :

بعد خطوة التقييم تأتى الخطوة الثانية وهى: التشخيص Diagnosis حيث يتوصل الأخصائى النفسى الإكلينيكى إلى تحديد مشاكل المريض ، والتى نتجت أو رافقت أو كانت السبب فى إدمان المدمن. ومالم يتم التعامل-من الأساس-مع هذه المشاكل-فسوف تستمر الانتكاسات، بل أن الركيزة الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة هى العوامل الشخصية المرضية لدى المدمن.

انظر :

Erich, Goad., 1999., pp. 349-380 ، **ميخائيل جوسوب،٢٠٠٠،ص ص٤٢١-٤٤٢ .**

ويقدم لنا مونرو ١٩٩٢ ستة عناصر أساسية ، يتم فى ضوءها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها-خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان، وهى:

١ – احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة سواء فى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان ، سواء أكانت هذه المشاكل تصف وتشخص، فى المحور الأول أم الثانى الخاص باضطرابات الشخصية ووفقاً للتشخيص الأمريكى الإحصائى بتعديلاته الثالث والرابع. **(DSM III R, 1987., DSM IV., 1994)**

٢ – أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنيين ، الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم.

٣ – أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.

٤ – حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية With drawal symptoms

٥ – تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان فى وقت واحد ، وأن يستمر ذلك ومعاً لفترة طويلة.

٦ – تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان معاً لدى الاشخاص ، ودون وجود أى علاقة بينهم. (Monro, A, 1992., PP. 232-240)

وعموماً .. فإن عديداً من المدمنين قد يعانون من المشكلات الآتية:

- القلق الشديد.
- الاكتئاب.
- نقص المهارات الاجتماعية.
- عدم القدرة على حل المشكلات.
- نقص فى توكيد الذات.
- الاعتمادية والسلبية.
- المخاوف الاجتماعية.
- العجز عن اتخاذ القرارات.
- عدم القدرة على تحمل المسئولية.
- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.
- الإحساس بالدونية.

وغيرها من المشاكل ، والتى قد نجد واحدة من هذه المشاكل–أو غيرها –أو أكثر من مشكلة يعانى منها المريض المدمن، وبما أن دوافع الإدمان تكون متعددة ومختلفة ، إذاً لابد من الأخذ فى الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطى.

ثالثاً : وضع خطة للعلاج

بعد تحديد مشاكل المريض، نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع مشاكل عن طريق الخطوات الآتية :

الخطوة الأولى : اختيار المشكلة : حيث يتناول الإكلينيكى من خلال التقويم أهم المشاكل الأساسية والمشاكل الثانوية ، التى يعانى منها المريض المدمن ، ولكى تكون الخطة فعالة ، لابد من تناول المشاكل الأساسية وبصورة مركزة.

الخطوة الثانية : تعريف المشكلة : حيث يتباين المدمنون فى عرض مشاكلهم. لذا تحتاج كل مشكلة تختارها لتركيز العلاج عليها إلى تعريف مفصل ، وكذا إمكانة الربط بين نمو الاعراض ومحكات تشخيصية وأرقام كودية مثل تلك الموجودة فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع ، أو التصنيف الدولى للأمراض DSMIV, 1994., ICD- 10., 1992.

الخطوة الثالثة : تطوير الأهداف : حيث نحدد فى هذه الخطوة الأهداف العريضة لحل مشاكل محددة ، ولايحتاج الأمر هنا الى صياغة قابلة للقياس ، بل كل مانحتاجه هو وصف عام للاهداف البعيدة ، مع توضيح إمكانة تحديد المآل الإيجابى المتوقع من آليات العلاج .

الخطوة الرابعة : الأهداف المرحلية : على عكس الأهداف البعيدة تستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس ؛ إذ ينبغى توضيح ما إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها ، ولذا تصر منظمات الإدارة الصحية والرعاية الموجهه على أن يكون مآل العلاج النفسى قابلاً للقياس ، كما يراعى عند تصميم كل هدف مرحلى أن يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف العلاجى الأشمل .

الخطوة الخامسة : اختيار التدخل : التدخلات هى الافعال التى يأتى بها الكلينيكى لمساعدة مريضه على استكمال تحقيق الاهداف المرحلية ، ويجب أن يكون لكل هدف مرحلى تدخل واحد على الأقل ، وفى حالة عدم تحقيق المريض الهدف بعد أول تدخل ، تضاف تدخلات أخرى جديدة إلى الخطة ، كما يتم اختيار التدخلات وفق احتياجات المريض وإمكانات المعالج .

الخطوة السادسة : تحديد التشخيص : يعتمد تحديد التشخيص المناسب على التقويم الإكلينيكى الكامل لحالة المريض ، إضافة الى مقارنة مايظهر على المدمن من اعرض سلوكية أو معرفية او انفعالية أو فى علاقته بالغير بمحكات تشخيص الأمراض النفسية الموصوفة فى الدليل الرابع ، إضافة إلى إمكانة اللجوء الى التشخيص الفارق Diffrential Diagnosis ، على الرغم من صعوبته المعروفة فى مجال التشخيص **(أرثر جونجما ، مارك بيترسون ، ١٩٩٧)** . كما أن الأهداف التى نسعى إلى تحقيقها من العلاج تنقسم بدورها إلى :

أولاً: أهداف بعيدة المدى: وتكون كالآتى:

- الاعتراف بأنه مدمن وشروعه فى المشاركة فى برنامج خاص بالتعافى.

- التوصل إلى تعافٍ مستمر والبعد عن استعمال كافة أنواع المواد المخدرة ، التى تؤثر على الانفعال.
- التوصل إلى الامتناع التام والاستمرارفيه ، مع زيادة معلوماته عن طبيعة المرض وطبيعة حياة المدمن بالمحافظة على التعافى.

ثانياً : الأهداف متوسطة المدى:

- تعرف الآثار السلبية للتعاطى ، والتى أثرت على حياته.
- أن يوضح له المعالج الآثار الايجابية للإقلاع والتعافى.

ثالثاً: الأهداف قريبة المدى:

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة.
- حدد وجهة نظر المدمن /المريض/ فى المشكلة.
- حدد العوامل التى تساعد على الانتكاسة.
- اشرح للمريض التغيرات الأساسية التى يحتاج إلى إدخالهاعلى حياته.
- حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوافرة فى الوقت الحاضر.

(أرثر.ي.جونجما، له مارك بيترسون ، ١٩٩٧، ص ص ٢٩-٣١)

وقد قدم الباحث نموذجاً لكيفية التعامل مع حالة إدمانية ، كانت تعاني من المشاكل الآتية:

- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة.
- الخجل.
- عدم توكيد الذات.
- الاكتئاب ومشاعر الذنب.
- اضطرابات جنسية أخذت شكلين منحرفين ، هما:
  * جنسية مثلية سلبية.
  * تعلق جنسى بالمحارم.
- القلق والتوتر المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية) (**محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ص ٢٩٣**).

وبعد خطوة تحديد المشاكل ، نبدأ فى وضع البرنامج العلاجى ، والذى يجب

أن يتناسب مع طبيعة وحجم المشكلة وطبيعة التدريب ، الذى تلقاه الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى هذا الصدد ؛ فعلى سبيل المثال تم التعامل مع مشاكل المريض السابقة (الإشارة إليه) من خلال استخدام عديد من الفنيات العلاجية ، مثل:

العلاج النفسى التدعيمى /العلاج النفسى السلوكى (أسلوب الاسترخاء العضلى/أسلوب توكيد الذات)/ العلاج العقلانى /الانفعالى، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا البرنامج العلاجى قد استمر ما يزيد عن الأربعة أشهر/داخل المستشفى/وثلاثة أشهر متابعة من خارج المستشفى من خلال وحدة الرعاية اللاحقة OPD (**محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ص ص ٢٧٨-٣٠٦**) .

وإذا كان المدمن-فعلاً-يعانى من مشكلة القلق ، فيجب تدريبه على كيفية التعامل مع القلق، وإن تكون مهارة استخدام هذه الفنيات وسيلة من الوسائل التى يلجأ إليها في أسلوب حياته العادية ، ومن خلال تصميم برنامج معين.

وإذا كانت المشكلة تتمثل فى عدم القدرةعلى حل ما يواجه المدمن من مشكلات أو قدرة على اتخاذ القرار (ذلك لأن ستونر وفكلر) يريان أن حل المشاكل واتخاذ القرار، عمليتان متلازمتان وتسيران ، وفق نموذج يتواصل عبر أربع مراحل هى:

- تحديد المشكلة.
- وضع أكبر قدر ممكن من بدائل الحلول (لأنه لا يوجد حل واحد نهائى ومتفق عليه لأى مشكلة).
- التقويم او القدرة على اختيار الافضل من بين البدائل المتاحة.
- الشروع فى تنفيذ البديل (الذى اختاره وفضله الشخص) ومتابعة تنفيذه.

(Stoner & Wankler., 1986)

ذلك لأن الإدمان أيضاً يكون قد أكسب الشخص عديداً من السلوكيات الجديدة (والخاطئة) والتى لم تتكون ، بين عشية وضحاها، ولكن مع تكرار التعافى تتراكم وتتدعم أساليب وعادات جديدة.. ومن ثم فإن علاج مثل هذه العادات وإقناع الشخص (ليس بالقهر) عن التخلى عنها سوف يستوجب بعض الوقت..ومساحة واسعة من الفهم والاستبصار من قبل الشخص المعنى بالتدريب على هذا الأمر.

(Kim, *et al.*, 1998)

ولذا فإن التدخلات العلاجية فى (الإدمان) وفق خطوات محددة تكون كالآتى:

١ – أجمع بيانات كاملة عن تعاطى الخمر أوالمخدرات، تشمل : الكمية وطريقة الاستعمال والأعراض والعلامات والنتائج..إلخ.

٢ – قوم وظائفه الذهنية المعرفية وشخصيته ودور كل منها فى إصابته بالإدمان.

٣ – ابحث عن وجود مدمنيين آخريين فى الاسرة ، وبين علاقة نمط تعاطيهم بتعاطى المريض (المدمن الحالى الذى تتعامل معه).

٤ – ادرس المواقف الضاغطة التى قد تشجع على الإدمان (أو الاستمرار فيه).

٥ – بين للمدمن آثار الإقلاع أو التعافى الإيجابية (بعيداً عن الخطب والمواعظ).

٦ – حدد العوامل التى من الممكن أن (تدفع) المدمن إلى الانتكاس.

٧ – اشرح للمدمن التغيرات الأساسية التى يحتاج الى إدخالها على حياته ؛ حتى يحافظ على وعيه وامتناعه عن التعاطى.

٨ – حدد مصادر دعم (الامتناع) المتوافرة فى الوقت الحاضر.

٩ – اكتب خطة للرعاية اللاحقة حتى يستمر (المدمن المتعافى) محافظاً على (التوقف عن التعاطى).

١٠– اشرح له كيف تساهم ظروفه البيئية فى استمراره فى الإدمان ، والطريقة أو الطرق التى تعوق بها التعافى.

١١ – وضح له حاجته إلى ظروف معيشية أكثر استقراراً وسلامة ؛ حتى يتم تعزيز تعافيه.

١٢– قم بعمل الترتيبات اللازمة لإنهاء الظروف المعيشية الحالية ، والانتقال الى مكان يدعم التعافى بشكل أفضل.

١٣ – ساعد المريض (المدمن) على اكتساب الاستبصار بالتغيرات ، التى عليه إجراؤها فى حياته حتى يحافظ على تعافيه على المدى البعيد.

١٤ – كلف المريض بكتابة خطة خاصة بما سيقوم به بعد الخروج من المستشفى وراجعها معه ؛ للتأكد من أنها تفى بالغرض المطلوب.

١٥ – انصح المريض بحضور اجتماعات المدمن المجهول، ثم القيام بشرح تأثير هذه الاجتماعات على شخصه.

١٦ – كلف المريض بمقابلة عضو من أعضاء جمعية المدمن المجهول ، قام بتنفيذ برنامج الاثنتى عشرة خطوة لعدة سنوات ، حتى يكتشف المريض الطريقة التى استفاد بها ذلك العضو من البرنامج فى المحافظة على تعافيه ، ثم ابحث نتائج المقابلة مع المريض.

١٧ – حرر عقداً مع المريض حول عدم استخدام مادته المخدرة (المفضلة) ، ثم ناقش انعكاس العقد على حالته الانفعالية.

١٨ – استكشف مع المريض مصادر الدعم الشخصى الايجابية المتوافرة اثناء الامتناع، وناقش معه وسائل تنمية وتعزيز نسق تدعيمى إيجابى.

١٩ – قدم دور ظروف معيشته فى تشجيع نمط إدمانه المواد المخدرة والمسكرة.

٢٠ – كلف المريض بتحرير قائمة تحتوى على الاثار السلبية للإدمان على ظروف حياته الحالية.

٢١ – اطلب من المريض عمل قائمة بآثار التعافى الإيجابية على حياته، واستعرض القائمة وادرسها معه.

(أرثر جونجسما، لو مارل ثيرسون ١٩٩٧ ، ص ص٣٠-٣٣) .

وما سبق ما هو إلا مجرد (نموذج) لما ينبغى أن يقوم به الفريق العلاجى حيال المدمن ، الذى (يدخل) للعلاج للمرة الأولى ، ويتضح ايضاً مدى امكانة دخول وتعاون أفراد اسرة الشخص المدمن كطرف فى العملية العلاجية..فضلا عن ان (المدمن) بعد أن يجتاز مرحلة الأعراض الانسحابية.. فإنه لابد أن يشارك فى إعداد الكثيرمن خطوات البرنامج العلاجى الخاص به..وان (يقوم) و(يقيم) حياته (قبل) الإدمان (وبعد) الإدمان، وما(تصوره أو توقعاته) لما سوف يجده من (عقبات ومثيرات) قد (تدفعه) مرة الى أخرى إلى الانتكاس..مما يؤكد حقيقة سبق أن ذكرناها ، وهى: أن الاقتصار على التدخل الطبى فقط لا يفيد فى علاج الإدمان.. وأن عديداً من الدراسات قد وجدت أن (الاقتصار) فقط على (التدخل الدوائى أو الطبى) يعجل بحدوث الانتكاس..وهذا يؤدى بالطبع– كما سبق وذكرنا– إلى :

السمعة السيئة لعلاج الإدمان، ويأس الأبوين من شفاء أبنائهم من (داء) الإدمان، وسيطرة (الانتكاسة) كواقع (مؤلم) على الجميع..مما قد يؤدى فى بعض الأحيان إلى إصابة (الفريق العلاجى) باليأس والإحباط (وقد مررت كثيراً بهذه

الخبرة إبان عضويتى فى إحدى الفرق العلاجية التى تعالج المدمنين ..بيد أننى تعلمت من المدمنين ان الانتكاسة جزء من العلاج).

المدمن المنتكس :

يمثل الانتكاس Relapes أحد أهم (الانتكاسات) التى توجه إلى النظام العلاجى فى مصر–كنموذج–مما يؤدى إلى عديد من المفاهيم الخاطئة عن (الفريق العلاجى) الذى يتولى علاج الإدمان ، وفى دراسةعام ١٩٩١ ميدانية من واقع المستشفيات (سواء العامة أو الخاصة) التى تعالج الإدمان فى مصر..لاحظت وسجلت ورصدت الباحثة الحقائق الاتية:

ملاحظات حول برامج العلاج المقدمة للمدمنين :

أولاً: المستشفيات العامة :

١ – ان المدمنين ليس لهم عنبر خاص، وإنهم دائما مختلطون بالمرضى العقليين (فى المستشفيات النفسية والعقلية بالطبع).

٢ – كثير من مدمنى المخدرات شخصيات عامة ، وتخشى دخول هذه المستشفيات حفاظا على سمعتها مستقبلا بعد العلاج وأثناء العلاج.

٣ – إن العلاج بالمستشفيات العامة لا تتوافر له السرية الواجبة.

٤ – الأسلوب العلاجى يفتقر الى الشمولية لعمليات العلاج وعملية التأهيل، فهناك قصور واضح ؛ خاصة فى عملية الإرشاد النفسى والاجتماعى الذى يقدم للمدمن.

٥ – عدم إشراك المدمن فى (خطة) علاجه..فالمدمن من وجهة نظر الفريق العلاجى شخص مريض عقلياً ، ولا جدوى من إشراكه فى العلاج.

٦ – لا يوجد مستشفى واحد حكومى متخصص فى علاج الإدمان ، على الرغم من تصاعد مشكلة الإدمان وانتشارها.

٧ – الإهمال الواضح فى عدم الرقابة فى الزيارات ؛ خاصة فى المستشفيات العامة. فالزيارة مفتوحة فى كل أيام الأسبوع والذى يتحكم فى الزيارة هو المريض وليس الطبيب.

٨ – سهولة الحصول على (المخدرات بكافة انواعها) داخل المستشفيات العامة وبوفرة.

٩ – عدم استمرارية المدمن فى العلاج..فالمدمن لا يتحمل بقاءه فى المستشفى فترة ثلاثة أشهر (المدة المقررة للعلاج) .

ثانياً : القصور والملاحظات للمستشفيات والعيادات الخاصة بعلاج المدمنيين:

١ – ارتفاع التكلفة العلاجية.

٢ – إن عمل الأخصائيين النفسيين (كمثال) يكون غير مكتمل (أو لا يتم التعاون بينه وبين اعضاء الفريق العلاجى من جانب ، أو بين أفراد أسرة المدمن من جانب آخر.

٣ – تفتقر المؤسسة الطبية للعلاج النفسى الحديث الذى يقدم فى الخارج (العلاج الفردى–العلاج الجماعى وغيره من الأساليب) .

٤ – اقتصار المؤسسات الطبية الخاصة للعلاج بالميثادون ، فبعض هذه المؤسسات تعالج بالميثادون ، والبعض الآخر يعالج بالأنسولين المخفف، ويعللون ذلك بأن العلاج بالميثادون مكلف جداً.

٥ – عدم متابع المدمن للمصحة بعد خروجه.

٦ – عدم حدوث المتغيرات البيئية المطلوبة..وكلها تشجع على العودة مرة أخرى إلى التعاطى.

(ماجدة حسين، ١٩٩١ ، ص ص ١٣٨–١٤٠) .

خطة للتعامل مع المدمن المنتكس:

لاشك أن التعامل مع المدمن (الذى قدم للعلاج للمرة الاولى فى حياته) يختلف التعامل معه عن مدمن (قد انتكس مرة أو أكثر)..لأن مدة التوقف عن التعاطى تختلف من (مدمن متوقف) إلى (مدمن آخر)..كما أن مسألة الذهاب للعلاج تختلف من مدمن إلى آخر.. لأن بعض المدمنين المتوقفين بمجرد أن (يضعف ويتناول جرعة واحدة من مادته المخدرة) يسارع إلى المستشفى للعلاج (وتسمى فى مثل هذه الحالة سقطة Lapse)..فى حين أن بعض المدمنين (يستمرئ) السقوط ويواصل التعاطى بشراهة، وأنه ليس لديه ما يخسره ، وأن شعاره يكون فى هذه المرحلة (ضربوا الأعور على عينه قال خسرانة..خسرانة أو يتسلح بالمثل الشعبى الآخر: ماذا سيأخذ الريح (أو حتى العواصف) من البلاط؟!)..وقد يواصل انحداره، ونجد واحداً من ثلاث احتمالات :

١ – إما أن يواصل التعاطى وبكثافة فيحدث له موت مفاجيء (Over dose)..وفى هذه الحالة يكون (غاضبًا من نفسه، وخجلاً من وعوده أمام الآخرين بأنه قد توقف وسوف (يستقيم) وحين حدث ما حدث (زلزلت الأرض) من تحت قدميه .. وفقد الأمل (والنصير) و(السند) وأصبحت الحياة (فراغاً ×فراغ).

٢ – وإما أن ينتبه أفراد أسرته إليه..ويأخذونه طوعاً أو كرهاً (وفى الغالب كرهاً) للعلاج فى المستشفى ، وفى الوقت نفسه (فاقدين للأمل فيه) وقد يعيشون تجربة الاكتئاب..وقد يحدث فعلاً تغير فى الأدوار والعلاقات والتفاعلات.

٣ – أو قد ينتبه المدمن الذى انتكس (فى لحظة شفافية) إلى خطئه في (الانتكاس) ويذهب من تلقاء نفسه للعلاج..راغبًا فى أن (يستفيد) ومتسلحًا بأول الدروس وأعظمها من ضرورة أن يقوى إرادته ، ويجب ان (يقاوم) ضعفه أمام المخدر، ويجب أن (يبتعد) عن كل (ما يثيره) أو (يذكره) بالمخدر وطقوسه وعاداته وتقاليده.

تلك كانت ملاحظاتنا على (عشرات) من المدمنين ، الذين مروا بتجربة الانتكاس.

وتسير الخطة العلاجية للتعامل مع المدمن الذى انتكس ، فى الخطوات الآتية:

١ – أطلب من المريض كتابة قائمة بأنواع السلوك والاتجاهات والانفعالات المرتبطة بالانتكاس ، واستعرضها معه (أو كما كنا نفعل نقوم بتطبيق قائمة مواقف التعاطى..وهي مجموعة من الأسئلة التى تعكس عديداً من المواقف بصورة ميسرة..ويقرأ المدمن (الذى انتكس) أو يقوم الأخصائى النفسى بقراءته له...ويحددان معًا العوامل التى تدفع الى الانتكاس..بل يقومان معا بالترتيب (التنازلى) لهذه المواقف..ومن وجهة نظرنا فهى خطوة جادة لأن الاستبصار ، بالمواقف الدافعة للانتكاس، ووعى الشخص بها تجعله أكثر حذراً ، بل واستعداداً لمواجهتها.

٢ – كلف المريض بقراءة كتاب عن الانتكاس وتناقشا معاً ، وإذا كان هذا يمكن أن يحدث فى المجتمع الغربى..حيث انتشار عادة القراءة ..فقد لاحظ الباحث أن عديداً من المدمنين لا يميلون إلى عادة القراءة، وإذا فعلوا (فبسرعة وكأنه موقف (ضاغط) يريدون التخلص منه .. ذلك لأن القراءة تحتاج إلى : تركيز ، مثابرة، إعمال العقل والفكر، مقارنات ...إلخ ، ولذا كنا (نسد) هذا الجانب من خلال:

١ – المحاضرات التثقيفية والتى تتناول (مواضيع متعددة) حول قضايا متعددة فى الإدمان.

٢ – أن يقوم أحد الأشخاص (المتعافين) بسرد تجربته فى الانتكاس، أو الإجراءات التى اتخذها حيال مواجهة هذا المواقف.

٣ – أو يقوم أحد أعضاء الفريق العلاجى (بقراءة فصول مختارة من قصص وحكايات (المدمنين المتعافين) مركزاً على أوجه الاستفادة والخبرة التى يمكن أن (نستنتجها) من هذا الحادث..لكن كل ما سبق لا يمنع أن (ننمى) عادة القراءة لدى المدمن..وإن كانت من خلال خبرتى فى (علاج هذه الحالات) ..إن القراءة تبدأ فى مرحلة (التأهيل)..وسوف تتناولها لاحقا).

٣ – كلف المريض بقراءة كتاب أو كتيب عن التعافى. حدد بعض البنود التى يحتوى عليها ، والتى لها علاقة بحاجة المريض وناقشها معه (كما هو واضح هنا الهدف من القراءة هو أن نجعل المدمن (الناقه) ينشغل عن (مشكلته) بقراءة مشاكل الاخرين ، إلا أنه فى الوقت نفسه يجد مشاكله وقد تشابهت أو تشابكت، مع مشاكل الآخرين ..إضافة إلى أن القراءة فى حد ذاتها مجهود..وشعور المدمن (الناقه الآن) أنه قد قام بهذا المجهود.. بل وتوصل الى نتائج (على الأقل فهم خبرة وتجارب الآخر) فإن ذلك يعطيه مزيداً من الثقة فى النفس، إضافة إلى أن تجارب الآخرين تعطيه إمكانة (تكرار تجاربهم) وربما بصورة أفضل حتى يثبت لنفسه وأيضاً للآخرين (الفريق العلاجى – أسرته الصغيرة..أسرته الكبيرة..زملاء العمل ، الرفاق..إلخ)أن إرادته مازالت قوية وقادرة ..وأن محنة المخدرات (محنة وعدت)..كما يمكن –بخلاف القراءة–أن تكلف المريض بأى عمل آخر..وليكن مثلاً القيام بتمارين (استرخاء) ، من ان المريض.. يجيد استخدامها ، وأنها يمكن أن تكون (منهاج عمل) له يلجأ إليها وقت أن يشعر بالتوتر).

٤ – ساعد المريض على استعمال مهارات تأكيد الذات (وهذا هو فى الواقع أهم تدريب.. إذ إن من خلال خبرة الباحث فى هذا الموضوع..وجد أن غالبية المدمنين يعانون من الخجل..وأن عدم (تدريبهم) على استخدام هذا (الحق أو المهارة) يجعلهم خاضعين وخانعين للآخرين..هذا الخضوع (يفقدهم الثقة فى الذات).. مما يولد مشاعر (سلبية وكريهة)..هنا قد يلجأ إلى (المخدرات أو

الكحوليات) هروباً من هذه المشاعر (من جانب)..ومحاولة لعلاج هذا (الخطأ فى شخصيته) من جانب آخر..وهى طبعا حلول ذاتية لا تؤدى إلى نتائج إيجابية..وبالتالى لابد من التعامل مع مشاعر الخجل لدى المدمنين (**محمد حسن غانم، ١٩٩٤، ص ص ٥٢-٥٧**).

وكان يتم تدريب (مثل هؤلاء الاشخاص) الذين يعانون من خبرة الخجل..وعدم توكيد الذات او الخوف من التعبير عما يجيش فى نفوسهم من خلال: جلسات العلاج النفسى الفردى..حيث كان يتم التدريب على:

- الاستجابات الاجتماعية المطلوبة والملائمة
- أن يعبر عن موقفه ومشاعره، إزاء الموقف المحدد (والمثار الآن ومن قبل افراد الجماعة).
- التحكم فى نبرات الصوت.
- استخدام الإشارات.
- الاحتكاك البصرى من حيث ضرورة النظر الى الشخص الذى يتحدث إليه (بدلا من عدم النظر إليه.. والنظر إلى الأرض ..أو أى زاوية أخرى).
- كيفية الدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدوانى (لأن الفارق بين الدفاع والهجوم فارق بسيط وليس شاسعاً).
- ضرورة أن يدرك الفرق بين العدوان وتأكيد الذات (فإن أعبر عن رأى...ولا أفرض هذا الرأى على الآخرين..وفى الوقت نفسه من حق الآخر أن يعبر عن رأيه (مثلما قمت أنا بالتعبير عن رأيى)..دون أن أفرض على الآخر ضرورة (الانصياع والخضوع) لرأيى .
- أن يدرك الفرق ، بين الخضوع للآخر (دون ارادة) وأن يتفق مع آخر لأن هذا الرأى أو الموقف يتفق مع رأيى وبالتالى تأكيدى لذاتى.
- تشكيل سلوكه تدريجيا حتى يتم (اكتساب) هذه القدرة.
- التدعيم الإيجابى لكل سلوك جيد وجديد.

وكانت كل هذه التدريبات تتم فى جلسات فردية تضم المعالج (كاتب هذه السطور) والمدمن (الناقه المنتكس سابقاً أو حتى غير المنتكس)..إذ لاحظت أن بعض المدمنين ، مثلاً ، كان من شدة الخجل :

- نبرات صوته غير محددة.
- نظراته تلامس (طرف حذائه).
- تنتابه حالة من (التعرق) الشديد (حتى فى فصل الشتاء).
- تشعر وكأنه (يجذب) صوته من (أعماق بعيدة).

وكان يتم تدريب المريض فى الجلسات النفسية الفردية على:

١ – أن تكون العبارة او الرأى الذى يريد أن يقوله فى موقف ما عبارة واضحة، لا لبس فيها ولا تحتمل التأويل.

٢ – في الوقت نفسه لا تشير العبارة أو العبارات إلى توجيه أى عدوان أو احتقار إلى الآخر.

٣ – أن تعكس اللغة الهدف (الذى تريد الوصول اليه) بلا (لف أو دوران).

٤ – ألا تترك أى مجال لتصعيد الخلاف، وإنما فقط التركيز للوصول إلى الهدف.

٥ – إذا طلب منك الآخر بعض (الايضاحات) فيجب أن تكون واضحة (وقصيرة) بدلا من الدخول فى سلسلة من التبريرات والاعتذارات، مع احتمال الوقوع فى الخطأ فالتبرير فالأسف..إلخ.

وكل ما سبق كان يتم من خلال:

- تدريب المدمن (المريض) على أن يقول ما سبق من خلال (نبرة صوت) معينة.
- وأن يحافظ على (التلامس أو الاحتكاك البصرى مع الشخص الذى يحادثه).
- أن يتدرب على النطق (دون خوف) أو (قلق) أو (لجلجلة)
- أن يحافظ على مستوى صوت (معتدل) بعيداً عن (الهمس) أو الصراخ (والزعيق).
- أن يحافظ على وضع بدني (أثناء حديثه مع الآخر يتسم بالثقة، ويبتعد عن العصبية، أو الحركات اللاإرادية التى قد تثير غضب الآخر وعدوانه).

فإذا تم كل ما سبق، واكتسب المريض (الثقة) فى نفسه..طلبت منه أن يجلس بجوارى فى الاجتماع الصباحى (والذى يضم كافة مرضى العنبر وأعضاء الفريق

العلاجى) واطلب منه ان (يفتتح الجلسة)..فقط يقول : بسم الله الرحمن الرحيم..ومن خلال نظرة (التشجيع والتدعيم له) أستطيع أن أحكم ما إذا كان سيواصل أم لا..فإذا توقف (ففى الجلسة الفردية..اشجعه على هذا السلوك الجيد والجديد .. وعليه أن يستمر..ولماذا يخاف..هل إذا تحدث (ضحك عليه الآخرون..هذا لن يحدث..وإذا حدث..نفترض أن مريضاً ضحك..فلا شك أنك الأفضل..لأنك فى موقف (القيادة) (والظهور على المسرح)..ولن (تهدم) الدنيا إذا تحدثت ..ثق فى نفسك وواصل..وعن طريق هذه (التدعيمات..ومناقشة كل ما قد يتصوره المدمن(الناقه) من أخطار (متخيلة) قد يتعرض لها أثناء الحديث..كان يتم علاج مثل هذه الحالات .. وكان المريض: يقود الجلسة الصباحية كاملة..وفى هذه الحالة كان ينتقل من جلسات العلاج الفردى إلى جلسات العلاج النفسى الجماعى..حيث سيواجه مجموعة من (الزملاء الذين يعانون من مشكلة إدمان مثله) ومن خلال (الفنيات) المستخدمة..سيستمع الى (الآخر) ..ولابد أيضاً أن (يعبر) عن نفسه..وعن مشاعره..وعن انفعالاته وهذا–من وجهة نظرنا–إنجاز جيد من اجل (السيطرة) على إرادته ونفسه .

٥–ساعد المريض على فهم الانفعالات القوية وتحملها أثناء جلسات العلاج النفسى الجمعى أو الفردى. (حيث يجب على المعالج ألا يفاجأ بوجود كم هائل وغير منطقى من انفعالات المريض تجاه موضوع معين..ويقوم المعالج بالشرح والتفسير لمثل هذا السلوك فى الموقف المناسب (انظر: **أنطونى ستور، ١٩٩١**).

بيد أن العلاج النفسى الجمعى قد يختلف فيه الأمر قليلاً ؛ إذ إن المريض فى هذا الموقف يكون مع آخرين..وقد يثيرون انفعالاته..وقد (يشتبك) مع أحد الأعضاء فى (موقف انفعالى)..والمعالج يعلم جيداً أن هناك عديداً من صور المقاومة (حتى للعلاج) من خلال مجموعة من العوامل الشعورية – أى التى يعيها الشخص.. وعوامل لا شعورية تعبر عن نفسها فى:

- اللامبالاة وعدم الاهتمام.
- الصمت.
- مقاومة العلاج ذاته.
- الخوف من الشفاء.
- تفضيل الراهن على اللاحق.

– نسيان مواعيد الجلسات.

– الانشغال بنشاطات أخرى أثناء الجلسة.

– الإصرار على الخروج (ضد النصح الطبى).

– التأخر فى حضور الجلسات.

– استفزاز الآخرين.

– افتعال المشاجرات.

– السخرية من الآخرين.

– المزاح غير الملائم للموقف.

وغيرها من المواقف التى يمكن رصدها (محمد حسن غانم، ٢٠٠٣، ص ص ١٦٣-١٦٤).

ولابد للمعالج النفسى أن يكون على (بينة) من أن هناك صعوبات فى العلاج النفسى الجمعى للمدمنيين ..أوردها بعض الباحثين فى النقاط الآتية:

– خبرة فشل سابقة فى العلاج النفسى الجمعى.

– اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسى بصفة عامة والعلاج النفسى الجمعى بصفة خاصة، أو أن العلاج النفسى لا يتم إلا (للمجانين).

– ضعف الاستعداد للقيام بالواجبات العلاجية المطلوبة.

– زيادة مستوى الانطوائية والانعزالية.

– كراهية مفهوم العمل الجماعى والتواجد فى (حضرة) الآخرين.

– توقعات (فاشلة) من المرور بخبرة العلاج.

– ضعف الثقة فى الجماعة العلاجية.

– نقص المهارات الاجتماعية.

– عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسى الجمعى (من خلال نقص المعلومات عنه، أو تكون لديه معلومات مشوهة).

– انخفاض مستوى الدافعية.

– ارتفاع مستوى العنف داخل الجماعة.

– عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية.

- الخوف من سخرية الآخرين منه داخل الجلسة العلاجية.
- الخوف من النبذ من الآخرين.
- عدم الشعور بالارتياح من مكان الجلسات العلاجية.
- الخوف من سلوك أعضاء الجماعة العلاجية ، الذين يحضرون الجلسة بعد انتهاء الجلسة العلاجية.
- الخوف من مواجهة الغرباء.
- الخوف من مواجهة الشلل الصغيرة داخل الجلسة العلاجية.
- الخوف من إفشاء الأسرار.
- اتجاهات سالبة نحو المؤسسات العلاجية.
- طول مدة الجلسة العلاجية.
- ضعف الروابط الانفعالية بين المعالج والجماعة العلاجية.
- عدم مناسبة مواعيد الجلسة العلاجية.
- الاعتقاد بأنه قد شفى وليس فى حاجة الى العلاج (حيث يقتصر مفهوم الشفاء لدى البعض على إزالة الاعراض الاستجابية).

(مدحت أبو زيد، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٠٩-٢٩٣) ، (Soldz, 1993) .

وبالطبع فإن قيادة المعالج لجماعات المدمنين تتطلب منه مهارات معينة، إضافة إلى ضرورة توافر مهارات فى التعامل مع بعض الحالات ، مثل :

- المحتكر للجلسة.
- الصامت.
- العدوانى او العنيف.
- الذى يتحدث (نيابة) عن الآخرين.

وغيرها من الحالات التى ذكرها لطفى فطيم **(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ص ص ١٩١-٢١٨) .**

٦ - اطلب من المريض جمع ملاحظات عن الأشخاص القريبين منه، وأن يوظف هذه القائمة فى إعداد قائمة بسلوكه واتجاهاته قبل عودته إلى التعاطى (أى قبل الانتكاسة الأخيرة) ساعده على استيعاب وفهم (الفيد باك) الموجه إليه أثناء الجلسات النفسية الجماعية.

ويمكن أن تتم الخطوة السابقة من خلال الاجراءات الآتية:

- أن يطلب المعالج من كل شخص أن يكتب-من وجهة نظره-صفات الشخص الآخر دون أن يذكر اسمه.
- يجمع المريض (كل الأوراق التى كتبت عنه) ويضعها فى قائمة وفقاً للترتيب التصاعدى (مثلا) ، وأن يساعده المعالج فى ذلك.

كما يطلب المعالج من كل مريض أن يذكر (فيد باك) حول الجلسة ومدى استفادته او عدم استفادته من الجلسة ، قبل أن تنتهى الجلسة النفسية الجماعية.. وأن يذكر المريض ذلك بصورة واضحة ومحددة ومختصرة ..كما قد يتصادف ان يكون الشخص هو موضع الحوار والتركيز فى الجلسة العلاجية.. وبالتالى سوف يتحدث ويشارك بقية أعضاء الجماعة العلاجية عن (فيدباك) الخاصة بهم نحو هذا الشخص.. ولابد للشخص أن يكون مستعداً ومتقبلا لوجهات نظر الآخرين ، حتى وإن اختلفت بعضها مع مايعرف عن نفسه..فليس المطلوب أن (تتطابق) وجهات نظر الآخرين معنا..بل أن نحترم ونفسح المجال (لوجهات النظر الأخرى) حتى وإن (اختلفت) معنا فى بعض الجوانب.

٧ -كلف المريض بكتابة سيرته الذاتية بصورة مختصرة بادئاً بأولى محاولاته للإقلاع والمحاولات التى تلتها حتى الوقت الحاضر، واقرأها عليه لتحصل منه على (فيد باك) خاص بالعوامل المؤدية للانتكاس ، ولكى تحول هذه الخطوة الى واقع عملى..كنت أطلب من المريض أن يكتب حكايته مع الإدمان ..ما الظروف التى قادته إلى التعاطى فى المرة الأولى..وما الأحاسيس التى مر بها..وما الظروف التى قادته إلى (معاودة) التعاطى مرة أخرى..وهل (أخلص) لمخدر ما..أم أنه قد تنقل بين أكثر من مخدر ..وما الذى يجده فى كل مخدر..ومرات العلاج ..وأسباب الذهاب للعلاج فى كل مرة..وإذا كان قد (انتكس) أكثر من مرة- فهل السبب (أو الأسباب) واحدة أم متنوعة..ثم أطلب منه بعد أن تتم مناقشة كل ما كتبه من خلال تحديد (النقاط السابقة) أن يحدد لى قائمة بالعوامل والأسباب ، التى (من الممكن) أن تضعه وتقوده إلى الانتكاس..وهل هذه العوامل (داخلة) أم فى الغالب تكون (خارجة) أم (من العاملين معًا) ..وهل هناك عامل أو سبب أو دافع قد دفعه إلى الانتكاس.. وهل هذا العامل (تكرر أكثر من مرة) أم أنه (تكرر لمرة واحدة) وانتهى تأثيره.. وهى أمور مطلوبة حتى:

- يعرف المدمن (المريض) الأسباب التى تقوده الى الانتكاس.
- السيطرة على هذ العوامل.
- التهيؤ والاستعداد النفسى للمواجهة.. لأن المدمن هو فرد أصيب بمرض مزمن يتقدم دائما إلى الأسوأ. وكلما تدهورت حالته ضعفت الأنا لديه، وانحدرت صورة الذات. وينتابه العار والخجل والإحساس بالندم ؛ مما يؤدى به إلى إقامة دفاعات للتحكم فى تلك المشاعر المؤلمة. ومع ازدياد الآمه النفسية تزداد صلابة دفاعاته ، ويسقط فى النهاية فريسة لتلك الدفاعات النفسية.. ولذا من المهم تصحيح كثير من الأفكار الخاطئة واللاعقلانية لدى المدمن (**لطفى فطيم**، ١٩٩٤ ، ص ٢٠٨).

ومن خلال الخبرة فى هذا المجال .حيث كنت أطلب كتابة سيرة ذاتية من (بعض) المدمنين الذين مروا بتجارب فى الانتكاسة .أو حتى بعض المدمنين الذين قدموا للعلاج للمرة الأولى..من حيث الحديث عن:

- طفولته.
- علاقته بالأم.
- علاقته بالأب.
- علاقته بإخوته وأخواته.
- علاقة الأب بالأم.
- أهم المشاكل التى واجهها من وجهة نظره.
- تنشئته الاجتماعية ورأيه فى ذلك.
- المدارس وموقفه من التعليم.
- علاقته بالمدرسين وزملاء الدراسة.
- كيف كان يواجه بعض (الصعوبات) سواء الدراسية أو المتعلقة بعلاقاته الاجتماعية.
- العوامل التى قادته إلى التدخين، حيث لا يوجد مدمن لا يدخن ، وكأن التدخين هو (البروفة الأساسية) قبل الولوج إلى مسرح عمليات الإدمان.
- ومن أين كان (يدبر) مصاريف التدخين.
- وتجربته مع التعاطى للمرة الأولى.

- ومـاالسلوكيـات (الجـديدة) التى رافقت دخـوله الى مـجـال (التـدخين) أو (التعاطى) ؟
- ومتى تم اكتشافه (كمدمن) من قبل افراد الأسرة.
- رد الفعل حيال هذا (الاكتشاف–الخطير).
- المحاولات العلاجية..وأسبابها فى كل مرة.
- اسباب الانتكاسة من وجهة نظره فى كل مرة.
- ومن خلال (تجميع) عدد كبير من (نماذج السيرة الذاتية) للمدمنين ، يمكن ذكر الملاحظات الآتية :

١ – أن هناك بعض المدمنين (يبـالغ) فى وصـفـه لذاته ، وأن تربيتـه كـانت مـثاليـة..وأن (مـؤامرة) خـارجـيـة هـى التى أوقـعتـه فى الإدمـان..وأنه وأسرته برىء من أى عوامل أدت به إلى ذلك.

٢ –بعض المرضى من المدمنين (يبالغ) فى تحقير نفسه وتحقير تنشئته..وأنه (هو الضـحـية) لتجارب الآخرين فيه..ونجده يتـحـدث مـثلا عن والده (ذلك الرجل المزواج ..الكذاب..المراوغ..الشهوانى) أكثر من حديثه عن نفسه..حتى يشعرك أن (إعدام) الاب هو (العلاج الوحيد والشفاء التام لمرض إدمان هذا الشخص (بل وأشخاص آخرين).

٣ –بعض المدمنين يذكر أن اسرته لم (تقصر) فى تنشئته أو تلبية مطالبه..بل إن اسـرته (مـتـدينة) وعلى خلق..وأنه (هو المسـئـول) عن إدمـانه ، وأنه يشـعر (بالذنب والخزى والعار) لما سببه لأسرته من آلام نـفسية وبدنية حين تم اكتشافه (كمدمن).

٤ –بعض المدمنين يعجز (تماما) عن ذكر أى تفاصيل لحياته أو مـا يتذكره منهـا (قـبل إدمـانه) ..وتتـحـول سيـرته الذاتيـة التى يكتـبـهـا إلى مـخدرات..وسهرات..ومتع..وانتكاسات..ومغامرات.وتجريب مخدرات جديدة. وأشخاص قد (توفوا) أثناء التعاطى..وتم التخلص منهم بلا أدنى (إحساس بالذنب) ، وأن المخدرات = الحياة ، وأنه لا يستطيع أن يتصور حياته دون هذا (الأكسير) الذى (يضىء وينير) له الطريق.

٥ – بعض المدمنين أيضاً تقتصر سيرته على ذكر المخدرات..وكيف أن هذه (الملعونة) قد حطمت مستقبله..وحياته وجعلته (أضحوكة) للآخرين،

وحطمت آمـال (الوالدين) فـيـه ..ويريد أن يتـخلص من المخـدرات وسيطرتها عليه..ولكنه لا يعرف كيف؟ وقد قدم للعلاج ..ويريد أن (نساعده) فى الإقـلاع.. وأن يعود كما كان (خاليا.. متعافيا.. سليما..لا حرب ولا سلام مع المخدرات.)

ولعل كل ماسبق..ومن خلال تحليل (ما يكتبه) الشخص عن (سيرته الذاتية) أنمايفيد المعالج–وكذا الشخص فى:

- تعرف نمط شخصية الفرد.
- تعرف وجهة نظره تجاه ذاته.
- مدى استبصار او عدم استبصار الفرد بأضرار الإدمان.
- مدى وعى الشخص بالعوامل التى دفعته (فى المرة الأولى) إلى التعاطى.
- الأسباب التى قادته إلى الاستمرار فى التعاطى .
- العوامل (الداعمة والمساندة) له فى البيئة على التعافى.
- العوامل المشجعة له على التعاطى واستمراره فى البيئة (كأن يكون له شقيق أو أكثر مدمناً..وأنه قد تعلم الإدمان من شقيقه هذا..وهذا الشقيق يتواجد معه فى المنزل نفسه .. وأنهما لا يلتقيان أبداً للعلاج..هذا فى المستشفى فى حين يكون الآخر منتكسا وملازمًا للمنزل ..فإذا خرج الذى كان فى المستشفى سلم الذى كان جالسًا فى المنزل (راية الإدمان)..وسلمه الآخر بدوره (راية العلاج والإصلاح ، لأنه ذاهب إلى المستشفى).
- مدى دافعية الفرد للإقلاع .
- رؤية الفرد لحياته المستقبلية (وهذا سؤال كان لابد أن يختتم به المدمن المريض سيرته الذاتية ، من خلال الإجابة عن هذا التساؤل: كيف تنظر وترى حياتك فى المستقبل.. أو بعد خروجك من المستشفى..أو بعد انتهاء البرنامج العلاجى والتأهيلى لك؟

ولاشك أن الإجابة عن كل هذه التساؤلات تفتح (مجال الوعى والدراسة وتمكن (المعالج مع المريض) من وضع تصور وخطط علاجية، تتناسب مع كل مريض وفقاً لاحتياجاته والظروف المختلفة التى يحددها تعاطيه..والأسباب التى تقود إلى الاستمرار ..وكذا ما يناسبه من علاجات نفسية أو طرق تأهيلية.

٨- اطلب من المريض كتابة عقد (عدم انتكاس) مع شخص يهمه..تحدد فيه أنواع السلوك والاتجاهات والانفعالات المرتبطة بالانتكاسات السابقة ، مع ربطها بالتزام الطرف الآخر الموقع على العقد بتحذيره بصورة متفق عليها ، عند ملاحظة ظهور أى علامة تدل على الانتكاس (او التهيؤ له).

(على الرغم من أن جميع العاملين فى مجال الإدمان وعلاجه يعلمون جيداً أن الإدمان يقود الشخص إلى (الانسحاب والانزواء والانفرادية)من السياق الاجتماعى..كما أن المدمن -أيضاً-يكسبه الإدمان عديداً من السلوكيات التى لم تكن موجودة من قبل (مثل : السرقة-الكذب-النصب والاحتيال-اللجوء الى العنف...إلخ) ، كما أن علاقاته تسوء بكل أفراد أسرته.. فهو يعد ولكنه لا يفى بوعده، ويقسم أن يلتزم..ثم بعد فترة -قلت أو طالت- ينتكس..ولهذا «تتهرئ» علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ..وما يفعله نفسه مع افراد أسرته..يفعله مع زملائه (إن كان مازال فى مرحلة الدراسة) ..أو يفعله مع زملائه (إن كان منتظما فى العمل) ..ورغم كل ذلك يظل هناك شخص يشعر المدمن أن له (قيمة) خاصة فى حياته..وأنه يريد أن (يفعل شيئا يرضيه) ..ومن خلال ملاحظة كاتب هذه السطور..قد تكون هذه الشخصية فى الغالب:

-الأم.

-الزوجة.

-الابن.

-الأب.

-النفس (إتقاء لغضب الرب حين يفاجأه الموت ، وهو فى حالة إدمان أو سُكر).

بيد أن كاتب هذه السطور -ومن خلال الخبرة-كان يتم استبصار، الشخص بأن (يتعافى) ويتوقف ليس من أجل الآخر ، وإنما من أجل نفسه..كما يمكن الإشارة - دون الدخول فى خطب أو مواعظ زاعقة-عن قيمة النفس وقيمة الإنسان ..خليفة الله في الأرض..وكيف أن النفس أمانة يجب المحافظة عليها..وأنه بالتعاطى إنما (يهلك) نفسه و(ينتحر) ..وهذا مخالف لما أمر به الله أن يكون..ثم نذكره بعد ذلك بأهميته بالنسبة للآخرين..وأن الشخص قد يستمد قيمته من خلال إحساس الآخرين به..وأنه مهم بالنسبة (لوالديه) ..ومهم بالنسبة (لزوجته) إن كان متزوجاً ، وكذا

لأولاده..ثم بالخبرة تستطيع ان تحرر عقداً علاجياً مع بعض الأشخاص الذين نتوسم فيهم: الرغبة فى الالتزام ، ورغبتهم فى أن يروا شيئًا ذا قيمة ، يحدد لهم ملامح الطريق..كما أننا ومن خلال الخبرة كنا نجعل الشخص (المدمن المتوقف) يحفظ رقم تليفون (العناية اللاحقة) ، ويحاول الاتصال فى أى وقت يشعر أنه قاب قوسين أو أدنى من (الانتكاس) ..أو كنا نعطى لهم بعض أرقام التليفونات (الشخصية لبعض المعالجين الذين نشعر أن (المريض) يرتبط بهم عاطفيًا أوعقليًا..وكم أنقذ هذا الاتصال كثيراً من المدمنين(المتوقفين) عن الانغماس والرجوع مرة أخرى إلى التعاطى.

والخلاصة:

لابد أن نشعر المدمن (المتوقف) بقيمته، وأهميته كإنسان أولا ثم نوسع مساحة الاستبصار بقيمته عند (الآخرين) ثانياً ، وهذا بالطبع (يثبت) خطى الشخص مع واقعه، بل يجعله يتواصل معه دون مخدر.

٩- ساعد المريض على العودة الى الارتباط (أو الارتباط إذا كانت المرة الأولى له للعلاج) بكفيل من جماعة «المدمن المجهول» .

أولاً: ما جماعة «المدمن المجهول» هذه؟

نشأت هذه الجماعة أولاً فى الولايات المتحدة الامريكية .. وبدأت نشاطها بجماعة «**الكحوليين المجهوليين**» **Alcoholics Annymous** ؛ نتيجة لانتشار تعاطى الكحوليات، فى الدول الأوربية..وهذه الجماعة قد وضعت لنفسها كتابا يسمى «الكتاب الكبير» والذى صدر قبل منتصف القرن الماضى وتحديداً عام ١٩٣٩ ..حيث أسس هذا البرنامج الرواد الأوائل (وكان عددهم مائة) .. وخبرتهم فى التوقف والتعافى التام من تأثير الكحوليات وهو البرنامج المعروف اختصارا بجماعة الـ(AA)

وعلى المنوال نفسه أنشئت جماعة لمكافحة تعاطى المخدرات، وسميت مدمنو المخدرات المجهولون Narcotics Anonymous والمعروفة اختصاراً بالـ (NA) .. وتكونت أيضاً فى إحدى الولايات الأمريكية..والجمعيتان تطوعيتان ولا تهدفان إلى الربح.. وتعتمد على (تبرعات) الأثرياء..ولها فروع عديدة فى مختلف دول العالم. **(Alcoholics Anong., 1976)**

ويستطيع أى شخص (توقف عن التعاطى) أن ينضم إلى هذه الجماعة بغض النظر عن : الدين،النوع،الوطن،الانتماء (حيث إن هذه الجماعة ليس لها انتماء دينى

أو سياسى أو حتى قومى) وتتلخص خطوات برنامجها فى (١٢) خطوة هى:

١ – الاعتراف بضعف الإرادة أمام المخدر ، وأنه لم تعد لدى الشخص القدرة على التحكم فى زمام أموره.

٢ – الإيمان بأن قدرة الله هى الوحيدة التى يمكن أن تنتشل المرء من ادمانه وإعادته إلى جادة الصواب.

٣ – التوكل على الله وتسليم زمام الحياة له وحده دون سواه .

٤ – الشجاعة فى مواجهة النفس، ومراجعة كافة أنواع السلوك والأفكار الضارة التى أدت إلى الإدمان.

٥ – الاعتراف لله وللنفس ولشخص آخر (الكفيل) بالطبيعة الحقيقية لأخطاء وعيوب المرء.

٦ – الاستسلام لقدرة الله عز وجل والدعاء إليه لتخليص النفس من تلك العيوب والأخطاء.

٧ – وضع قائمة بأسماء كافة الأشخاص الذين أذاهم المدمن ، والعزم على تعويضهم والتصالح معهم.

٨ – الاعتذار لكل من أذاهم المدمن ، وتقديم التعويضات المادية والمعنوية لهم.

٩ – الاستمرار فى محاسبة النفس والاعتراف بالأخطاء أولاً بأول ، والعزم على عدم العودة الى ذلك.

١٠– الالتزام بأداء الصلوات.

١١– التوجه الى الله كى يقوى العزيمة ، ويمنح المرء القوة على تنفيذ ما اعتزمه.

١٢ – نقل هذه الرسالة إلى كل من مر بمثل محنته، والمثابرة على ممارسة هذه المبادئ (**لطفى فطيم ، ١٩٩٤، ص ص ١٩٤–١٩٥**) .

من هو الكفيل ؟

هو شخص له تاريخ سابق مع الإدمان والتعاطى..وأنه فى حالة تعاف الآن.. وقد خبر الإدمان وأسبابه والانتكاسات ووصل–فى مرحلة ما –إلى (الحضيض)..وهو الآن متعافى .. وانطلاقًا من الحكمة الشهيرة: أنه لا يشعر بألمك إلا شخص قد مر بمحنة الألم نفسها.. فإن هذا (الكفيل Sponser) هو الأقدر على (فهم مشاعر المريض المدمن..وأن المدمن لا يستطيع معه أن يراوغ.. أو يسوف..أو يكذب ، ومن خلال الخبرة وملاحظة ما كان يتم فى مستشفى متخصص فى علاج الإدمان..نجح

كثير من (مرشدى التعافى CDC فى الأخذ بيد كثير من المدمنيين..حيث اعترف لهم كثير من المدمنين–مثلا–بأنهم يحتفظون فى مكان ما فى منزلهم بكمية من مخدر الهيروين أو الماكس أو حتى الكحوليات ..وأنهم احتفظوا بهذه الكمية من أجل:

– التأكيد أنفسهم أنهم أقوياء أمام المخدر (بعد المرور بخبرة العلاج) .
– التأكيد للنفس ان المخدر موجود ، ورغم ذلك لا يفكر فيه.
– إمكانية تعاطى كميات قليلة (يوميًا) ، ورغم ذلك لن (يطيح) فى الإدمان كما كان فى السابق.
– وجود المخدر فى البيت يعنى إحساساً اكبر بالأمان والسكينة والهدوء.
– المخدر (حبيبي وحياتى) ووجوده بجوارى أكبر دليل على (إخلاصى له) .
– لا أعرف لماذا (احتفظت) بهذه الكمية .
– هذا المخدر مجرد (احتياط) .
– كنت سألقيه وأحرقه بمجرد أن أخرج من المستشفى.
– وجود المخدر فى بيتى وانا الوحيد الذى يعرف مكانه اختبار قاسٍ لى.

.. هكذا كانت إجابات المدمن المتواجد فى المستشفى ، والذى كان يعترف (لمرشد التعافى أو الكفيل) بالكمية التى كان يحتفظ بها فى منزله..وبالطبع كانت تتم (تحريز) هذه الكمية، أو التخلص منها بعد اعتراف المدمن ورغبته الصادقة فى التخلص من المخدر .

إلا أننا –ومن خلال الخبرة– لنا عديد من الملاحظات على مثل هذه الجماعات:

١– انها لا تعترف بالعلاج النفسى الجمعي..وهذا فى حد ذاته أكبر الأخطاء لسببين:

الأول: أن المجال يتسع ليشمل جميع التخصصات التى يمكن أن (تدلو بدلوها) فى الأمر.

الثاني: أن مجال علاج الإدمان (لا يحتمل التنطع) (والتفاخر) بأن (تخصصي) أفضل من (تخصصك)..بل من وجهة نظرنا أن كل التخصصات على درجة من : اليقين والثقة والنجاح ، مادام تقدم فى الوقت المناسب ووفقًا لاحتياجات الشخص.

٢ – أنها لا تصلح إلا للثقافة الغربية (مع الأخذ فى الاعتبار أن ما قدمناه من (ترجمة للبرنامج وخطواته الاثنتى عشرة ، قد حاول لطفى فطيم أن (يصيغه) بما يتفق مع طبيعة الثقافة الشرقية–الإسلامية..لكن من وجهة نظرنا، فإن المسألة ليست مسألة (حذف كلمة وتعديلها أو استبدالها بكلمة أخرى)..بل المشكلة فى المضمون والمحتوى..ومن هنا يجب على مثل هذه الجماعات أن تنفتح على (الثقافات الأخرى) وتفيد وتستفيد حتى يكون (تأثيرها) أكثر أو فائدتها أعم.. ونحن لا نمانع من استخدام هذه الطريقة ؛ لإيماننا بأن مجال علاج الإدمان يتسع ليشمل كافة التخصصات العلمية.

٣ – أن البرنامج ينبثق من (الثقافة المسيحية الغربية)، وهذا بالطبع قد لا يتناسب مع (ثقافتنا الإسلامية) فى الغالب ، ولذا لا مانع من (إعادة بناء فلسفة هذا البرنامج نفسها من خلال الدين الاسلامى الحنيف).

٤– أن إدمان (الكحوليات) إن كان يعد شائعا فى البلاد الأوربية ، إلا أن الامر ليس كذلك فى عديد من البلاد الاسلامية .. إلا أن ذلك لا ينفى وبالدرجة نفسها وجود (مدمنى كحوليات)..ومن هنا يجب ان يتسع البرنامج ليضم جميع الأفراد الذين يعانون من مشاكل (ما) مع الإدمان.

٥ – أن طريقة العلاج فيها غير منتظمة ، وتعتمد على (الجهود الذاتية) ، و(وجهة نظر) الشخص المرشد (مرشد التعافى) فى التعامل مع الجماعة الإدمانية.

٦ – ولذا .. فإن طريقة العلاج والتقويم وفقاً لهذه الطريقة من الصعب تقويمها بدقة، علماً بأن وجهة النظر هذه يتفق معنا فيها البعض .

وانظر فى هذا الصدد:

(لطفى فطيم،١٩٩٤،ص ١٩٨)، (عبد العزيز الدخيل،١٩٩٠،ص ١٢٢).

بقى أخيراً أن نضيف ملاحظة على كل ماسبق–ومن خلال الخبرة ومعايشة أفراد (مرشدى التعافى لأكثر من خمس سنوات متصلة)– أن بعض مرشدى التعافى قد (انتكس بالفعل) ..وكان مثل هذا الخبر ينتشر بسرعة البرق بين كافة المدمنين، ويترك فى نفوسهم اصداء ما بين (الدهشة لما حدث) و(الإحباط فيما حدث) و(فقدان الأمل نهائيا فى التعافى) وعدم اللامبالاة من البعض على أساس قوله الشهير: إن الإدمان مرض مزمن مراوغ يظل (يلاعبك ويحاول الإيقاع بك طوال العمر..ومتى يكف عنك ويتركك فى حال سبيلك لحظة أن (تصعد روحك) إلى الله..هنا ينتهى

دور (المثـيـر) و(المحـرض) و(المشـاكس) و(المراوغ) ، الذى ظل يلازمك طوال العمر..وبالمناسبة هذا التعبير ليس من عندى..ولكننى سمعته كثيراً لدرجة أننى وقت الكتابة اكتشفت أنه مازال (طازجاً) فى ذاكرتى..فسجلته كما هو دون صياغة من جانبى.

١٠-ساعد المريض على تحديد المؤثرات (مواقف وأشخاص) ، التى تشجع على الانتكاس وطرق تحاشى تلك المواقف وهؤلاء الاشخاص.

لابد أن يساعد المعالج النفسى المدمن (الناقه) على تحديد كافة المؤثرات والعوامل سواء أكانت خاصة بالفرد ..أم خاصة بعديد من العوامل فى البيئة ، التى يتواجد فيها الشخص والتى تساعده او تحرضه على الانتكاس..لأن تحديد هذه العوامل يساعد على الاستبصار الشخصى على فهمها..لأن الفهم هو البداية لتحقيق أهداف العلم وكذلك الشخص..من حيث الفهم ثم التحكم وأخيراً التنبؤ.

ومن هذه المواقف حين:

- يمر الشخص ببعض الضغوط النفسية .
- يكون وحيدا .
- (يحبط) فى إشباع رغبة ما.
- يشعر بالإجهاد.
- يريد (الاحتفال) بمناسبة ما.
- يريد أن (يغرق) فى الأحزان بسبب موقف ما.
- يشعر بالقلق.
- يريد أن يظل متيقظا ومتنبهاً.
- يريد أن ينام.
- يريد أن يمارس الجنس.
- يعجز عن الوصول إلى قرار معين.
- يقرأ فى نظرات الناس أنهم يعرفون قصته.
- يشعر بالرضا عن حياته.
- يصاب بالملل.
- تحدث له بعض الأعراض المرضية.

ويمكن أن نواصل (سرد) عديد من المواقف والأشخاص الذين (يثيرون) لدى المدمن (المتوقف) الرغبة فى مواصلة التعاطى مرة أخرى أو الرجوع اليه..ومن خلال الخبرة فقد ذكر لى مثلا أحد المدمنين المنتكسين أنه قد انتكس ، حين شاهد فى احدى المجلات التى كان يقوم بقراءتها (صورة السرنجة) ، وبما أنه كان يتعاطى الهيروين وكان يحقن نفسه بواسطة (السرنجة)..إذاً رؤيته للسرنجة جعلته يدخل فى حالة نفسية سيئة ..وانتابته الرعشة..ولم يدر بنفسه ، إلا والمخدر يجرى فى عروقه.

والخلاصة :

- توجد فروق فردية بين المدمنين فى عدد وكم المواقف ، التى تدعو إلى الانتكاس.
- تختلف الصلابة النفسية من مدمن إلى آخر.
- أن تأثير الموقف الواحد يختلف من مدمن الى آخر.
- أن المدمن الذى انتكس فى (موقف ما) ، وتم افهامه ضرورة أن يتحاشى التعرض لهذا الموقف ، فإن امكانية انتكاسته مرة أخرى بسبب هذا العامل تقل أو تختفى .
- أن المدمن يربط بين موقف ما أو شخص ما ومواقف التعاطى ، لدرجة أن أحد المدمنين ذكر لى أنه يتحاشى السير فى شارع محدد..وعندما استفسرت عن السبب قال لى: لأنه كان يقابل فيه (المروج) أو (التاجر) الذى كان يعطيه المخدر ، كما أنه قد تعلم المخدر مع صديق (قد توفى) فى هذا الشارع أيضاً..كما أنه تم القبض عليه من قبل شرطة مكافحة المخدرات فى بيت فى هذا الشارع أيضاً، كما أن أحد أصدقائه من الذين كانوا يتعاطون معه وقد أصابه الدوار، فأخذوه فى سيارة أحدهم ، وألقوا به فى (درام) فى هذا الشارع أيضاً (رغم أنه كان يتعاطى فى مكان آخر) ، والخلاصة أن هذا الشارع بالنسبة لهذا المدمن هو (حقيبة ذكريات) ولذا (يتحاشى) السير فيه حتى (لا تهجم عليه كل هذه الذكريات دفعة واحدة ثم يتوتر ولا يشعر بنفسه إلا والمخدر (يمرح) داخل عروقه.
- أن كل ماسبق يؤكد حقيقة وأهمية: العلاج والتأهيل النفسى لمتعاطى المخدرات أو الكحوليات؛ لأن الأسهل أن تتعامل مع الجسم وتخلصه من السموم. لكن الأصعب أن (تدحض) كثيراً من الأفكار والمعتقدات التى ترسبت فى ذهن المدمن عن المخدرات ، وهذا ما نحاوله فى هذا الكتاب.

١١ – أطلب من المريض / المدمن ، إعداد قائمة بطرق التعامل مع الانفعالات المزعجة وأستعرضها معه .

(يتعرض الشخص فى حياته العادية لعديد من المواقف التى تؤدى إلى استثارة انفعالاته المزعجة .. وقد تظهر هذه الانفعالات وتختفى عند بعض الاشخاص دون إثارة لأى مشاكل .. وقد تنتاب الشخص الحالة الانفعالية بسبب أقل المثيرات .. وقد تستمر هذه الحالة الانفعالية لأكبر فترة ممكنة .. وهنا يريد الشخص أن (يتعامل) أو (يعالج ذاتيا) هذه الحالة .. فينتكس مرة أخرى .

ولعل أهم الانفعالات المزعجة :

– القلق .

– التوتر المستمر .

– الخوف .

– الحزن .

– الاكتئاب .

– سيطرة بعض الأفكار على الشخص (الوسواس مثلا) .

– قهر الشخص للقيام بأفعال معينة / قهر/ أفعال.

– الخجل .

– عدم القدرة على مواجهة الآخرين.

– عدم القدرة على التعبير عن الذات .

– الانشغال بالانتحار.

– التفكير المستمر فى الموت .

– الإحساس بالعجز .

– اليأس وفقدان الأمل .

وغيرها من الانفعالات التى تترك آثارها السيئة فى نفس الشخص .. وهنا لابد أن يتلخص دور المعالج النفسى فى :

– تحديد هذه الانفعالات (من حيث نوعها – شدتها) .

– تحديد المواقف التى تظهر فيها.

– تحديد الفترة التى تستمر فيها .

– تحديد (الاستجابات)التى كان الشخص يتعامل بها من هذه المثيرات .

– وهل أسلوب الاستجابة كان واحداً أم متنوعاً.

ويمكن أن يتم العلاج باستخدام أسلوب التطمين المنظم، والذى يسير عادة فى أربع مراحل ، هى :

١ – تدريب المريض / المدمن على الاسترخاء العضلى .

٢ – تحديد المواقف التى تثير لديه الانفعالات المزعجة.

٣ – تدرج هذه المواقف من الأقل شدة إلى الأكثر شدة.

٤ – التعرض لأقل المنبهات التى تثير الانفعالات المزعجة من خلال أسلوبين:

أ – إما بطريقة التخيل .

ب – أو تعريض الفرد للموقف (مواقف حية) .. وقد قام كاتب هذه السطور بهذه الفنية مع مريض منتكس ، كانت لديه مخاوف وصلت إلى درجة التجنب من السير فى شارع معين رئيسى فى مدينته (والسابق الإشارة إليه فى الصفحات السابقة).

٥ – مواصلة الاسترخاء .

٦ – التدرج بعد ذلك فى المواقف الأكثر إثارة لانفعالات المريض / المدمن المزعجة.

ولمزيد من التفاصيل حول فاعلية استخدام فنية أسلوب التطمين التدريجى، انظر.

(Meyer & Chesser, 1971. - Masserman, 1975.)

(عبدالستار ابراهيم ، ١٩٩٨)

وما لم يتم كل ماسبق وفق خطوات معينة ، مع عدم (التعجل) فى الوصول إلى نتائج .. فإن هذا الجانب المهم من جوانب الانتكاسة سوف (يفلت) من يد المعالج النفسى .. ويكون المريض/المدمن عرضة للانتكاسة.

١٢ – كلف المريض بإعداد خطة مكتوبة للرعاية اللاحقة والقيام باستيعابها، على أن تتناول الخطة العوامل المؤدية للانتكاس التى سبق تعرفها.

من المهم جداً أن يعلم المريض (المتوقف) أن خروجه من المستشفى الذى كان يعالج فيه أنه قد (شفى تماما) من مرض الإدمان ، وأن (ثقته فى نفسه) آن لها أن (تزداد) وأن (يستردها) لأنه قد عولج وانتهت الأزمة والحمد لله ؛ لأن الثقة الزائدة فى النفس هى أولى خطوات الانتكاس .. حيث تتسلل الرغبة إلى المدمن (المتوقف) كالآتى :

- أنا قوى أمام المخدرات .
- أنا لا أضعف أمام أى مخدر .
- بل يمكننى أن أتناول (قليل) من المخدر دون أن أواصل التعاطى .
- أنا قادر على التعاطى والتوقف .
- مسألة التعاطى مسألة أمتلك زمام أمورها فى يدى .
- لم أعد ضعيفاً أمام المخدر كما كنت فى الماضى .

وهكذا يكون الاقتراب من (المخدر) ويكون الانتكاس ، أو قد تنتاب المدمن (المتوقف) عكس هذه الثقة .. إذ يعلم أنه ضعيف أمام المخدر .. ويظل (قلقاً) و(حذراً) و(متوجساً) من أى محاولة اقتراب .. ثم (يثور) فى لحظة على نفسه مقنعاً نفسه بأن خير مواجهة للعدو (المخدر) هى (بالمواجهة وجهاً لوجه) وليس (بأساليب الهروب) .. ويكون مايكون.

ولذا من الممكن أن يعلم المدمن الذى خرج لتوه من المستشفى الحقائق الآتية:

- أن الإدمان مرض مزمن .
- أن السرعة فى التعافى ستظل تراود الشخص .
- طالما أن الشخص واعٍ ومستبصر بأساليبه الدفاعية ، فإنه يمكن أن يواصل التوقف والنجاح .
- هناك أساليب معينة لابد من اتباعها حتى يحافظ على تعافيه .
- فى المقابل هناك أيضا (خريطة للانتكاسة) ، لابد من الإلمام بتفاصيلها حتى (لا يفاجأ) الشخص بالانتكاسة .
- ضرورة (المتابعة) من خلال وحدة الرعاية اللاحقة فى المستشفى .
- ضرورة الانضمام إلى جماعات المساندة الذاتية أو المدمن المجهول .

– ضرورة أن (يشغل) نفسه بأشياء مفيدة ، ولا يستسلم للملل .

– ضرورة أن (يلجأ) إلى طلب المساعدة وقت أن يشعر أنه على وشك(الانهيار أو التعاطى) .

ولذا من المهم أن يتفهم المريض (خريطته النفسية) .. وطبيعة علاقاته وتحركاته والأدوار التى يقوم بها .. وأن تكون (المثيرات) والأسباب أو الانفعالات أو المواقف والاشخاص الذين (يساعدون) على الإدمان معروفون لديه تماما .. وأن يكون قد (تدرب) على كيفية التعامل مع مثل هذه المواقف .. وفى المقابل لابد أن نحدد كمعالجين مع المدمن (المتوقف) الأشخاص الذين يمكن أن يساعدوه .. وأن يقفوا بجواره .. وأن يدعموه فى كافة مواقفه ، ولابد من (أخذ) مثل هؤلاء الأشخاص المدعمين له فى الاعتبار .. كما يمكننا أيضا أن نعطيه (خطة) يتعامل فى ضوئها مع مايستجد من مواقف وأحداث .

١٣ – ساعد المريض المدمن على تحديد الإثابة التى يؤدى إليها الإقلاع التام **(أرثر جونجما ، له مارك بيترسون ، ١٩٩٧ ، ص ص٣٦-٣٨) .**

(أحيانا يتساءل كثير من المدمنين عن الهدف الذى يسعى إليه من الإقلاع .. بل أحيانا – ومن خلال الخبرة فى الأمر – أحيانا يتساءل المدمن : أنا الذى أدمن .. وأنا الذى أضر نفسى بنفسى .. بل أنا الذى من الممكن أن أموت نتيجة لهذا التعاطى .. إذاً لماذا يغضب الآخرون ، وتحديداً يقصد أسرته ، سواء أسرة المولد والنشأة أو الأسرة التى قام بتكوينها .

وهى تساؤلات مشروعة – من وجهة نظرنا – ولابد من الإجابة عنها ؛ لأن عدم الإجابة عنها .. أو حتى التعرض لها خطأ لابد من تحاشيه .

– إذ يجب أن نساعد المدمن (الناقه) على أن يتخيل كيف يحيا دون مخدر.

– أن نذكره بكم الوقت المستهلك فى أنشطة وعادات وطقوس تستهلك فى التعاطى.

– أن نذكره بكم العادات الجديدة التى أكسبه إياها المخدر.

– أن نذكره بحاله قبل أن يدخل فى (دوامة) التعاطى حتى الآن.

– أن نذكره بأنه إنسان لابد أن يحافظ على : صحته .. حاله .. نفسه .. دينه .. وأن ذلك من الدين.

– أنه مهم بالنسبة لعديد من الأشخاص الآخرين : والده – والدته – أشقائه – شقيقاته – زوجه – أولاده ... إلخ .

الاخصائي النفسى وعلاج الإدمان من البداية إلى النهاية :

نستطيع أن نلخص الدور الذى يقوم به الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى علاج الإدمان فى الخطوات الآتية :

– بعد أن يجتاز المريض / المدمن مرحلة الأعراض الانسحابية (والتى تعتمد فى المقام الأول على التدخل الطبى) ينقل المريض المدمن إلى الأقسام العلاجية التأهيلية ، وهنا يقوم الاخصائى النفسى الإكلينيكى بعملية التقويم ، والتى تشمل الجوانب الآتية :

– الفحص الخارجى : أى المظهر ، من حيث : طريقة اللبس – الشكل العام الخارجى .

– الفحص العقلى : من حيث : الحركة – الكلام – المزاج – الوظائف المعرفية .. وجود أو عدم وجود ضلالات .

– ما إذا كانت هناك أى أمراض نفسية ترتبت على الإدمان ؛ لأن الإدمان يرتبط بعديد من الأمراض النفسية والعقلية .

– مشكلة الإدمان : وتاريخه معها – البداية والكمية ومرات العلاج وأسباب الانتكاسة فى كل مرة .. وهل يتكرر السبب الواحد ، أم أنه ينتكس فى كل مرة لأسباب ودوافع مختلفة .

– شكل العلاقات الأسرية الآن : لأن ذلك يوقفنا على عدة حقائق :

– هل يوجد شخص مدمن غير هذا الشخص .

– الأسباب التى تعود إلى استمرار الإدمان .

– الاشخاص المدعمون لمواقفه فى التعافى .. إلخ .

– الاختبارات النفسية التى يرى الأخصائى النفسى الإكلينيكى ضرورة تطبيقها ومدى مناسبتها مع حالة المدمن ، والتى تفيد فى تأكيد أو عدم تأكيد (تشخيص معين) .

بعد خطوة التشخيص : والتى تم التوصل اليها بأكثر من طريقة من خلال :

- شكوى المريض / المدمن .
- شكوى أسرته.
- مقابلة المريض .
- ملاحظة المريض .
- تطبيق بعض الاختبارات النفسية .
- تفسير نتائج هذه الاختبارات .

تأتى خطوة تحديد مشاكل المريض المدمن (مع التركيز على المشاكل النفسية) ،مثل :

- مدى معاناته من القلق (المرضى) .
- مدى معاناته من الخجل .
- مدى معاناته من نقص فى توكيد الذات .
- مدى معاناته من الاكتئاب .
- مشاكل جنسية .
- مشاكل فى التفاعلات الاجتماعية.

بعد ذلك يتم وضع خطة علاجية للتعامل مع كل مشكلة على حدة .

- اختيار أسلوب العلاج النفسى المناسب مع الحالة مع التركيز على العلاجات السلوكية ، مثل :
- علاج الانفعالات الحادة المزعجة بصورة متدرجة .
- أسلوب الاسترخاء والتدريب على إتقانه .
- تأكيد الذات والحرية الانفعالية .
- التدريب على المهارات الاجتماعية .
- قوة التدعيم .
- استخدام طريقة إلبرت إليس فى (دحض) الأفكار اللاعقلانية لدى المدمن، وتعديل أخطاء التفكير .

انظر فى هذا الصدد :

عبدالستار ابراهيم ١٩٩٨، (WOLPE, 1987)
(BELLACK, 1989)

– وكذا مواجهة أى مشاعر للاكتئاب لدى المدمن .

– مواجهة أى أفكار انتحارية .

– مواجهة أى تشاؤم فى نظرة المريض / المدمن للحياة وللنفس وللآخر .
(BECK, 1974) & (BECK, 1967) &(Ellis, Harper, 1975).

بالإضافة إلى إمكانة استخدام وسائل علاجية أخرى ، يمكن أن تساعد المريض المدمن على تجاوز أزمته مع الإدمان ؛ حيث كان الفريق العلاجى مثلاً يستخدم :

– العلاج بالإبر الصينية : أى وخز بالإبر الصينية فى أماكن معينة (خلف الأذن) لزيادة درجات الاسترخاء ، ولتقليل الرغبة فى التدخين والإدمان ، ثم التخلص منه نهائيا .. ولانستطيع أن ندعى فعالية مثل هذا الأسلوب .. لأن الأمر فى حاجة إلى متابعة ، وإلى دراسة تستخدم مجموعات متنوعة من المدمنين لمواد (مختلفة) .. ومع استخدام مجموعات ضابطة ، يمكن أن نصل إلى نتائج علمية ، تحدد مدى فاعلية العلاج بالإبر الصينية فى الحد من (اللهفة) إلى المخدر .

– العلاج بالإرجاع الحيوى : خبرة التحكم فى موجات المخ مع وجود استمارة، تسجل مشاعر وأحاسيس المدمن المريض أثناء التدريب (على الاسترخاء) ، وبعد المرور بتجربة الاسترخاء بواسطة جهاز البيوفيد باك .

(وسوف نورد فى الملاحق بعض هذه الاستمارات ، التى من الممكن للمعالج أن يستخدمها فى العلاج)

وهكذا تتعدد المداخل العلاجية ، التى يمكن أن تتبع فى علاج الإدمان .

الفصل الخامس

العلاجات النفسـيـة للإدمـــان

- أولاً : العلاج النفسى الفردى .
- ثانياً: العلاج النفسى الجمعى .
- ثالثاً : التدريب على إرجاع موجات المخ .
- رابعاً : العلاج بالإبر الصينية .

* الدراسات العربية فى مجال علاج الإدمان .

- خامساً : العلاج فى مرحلة إعادة التأهيل .

الفصل الخامس

العلاجات النفسية للإدمـــــان

مقدمة:

سنحاول فى هذا الحيز أن نقدم فى عجالة بعضاً من أنواع العلاجات النفسية التى تقدم للمدمن ، حيث سنعتمد على خبرة كاتب هذه السطور فى المقام الأول ، ومناسبة الطرق العلاجية للمدمنين ، إضافة إلى أنها، تحتاج فقط إلى متدربين على هذه الفنيات ، وحجرة مخصصة لممارسة العلاجات النفسية .

العلاج النفسي Psychotherapy:

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم العلاج النفسى .. إلا أننا سنتبنى التعريف الذى قدمه (أنطون ستور) بأن العلاج النفسى هو : فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية (**أنطون ستور ، ١٩٩١ ص ٤**) ويمكن أن نضيف بعد تخفيف الآم الشخص وتعديل سلوكه . إلا أننا يجب أن نعى هذه الحقائق جيدا حين نتحدث عن العلاج النفسى .

١- تعدد وتنوع التعريفات التى قدمت لمفهوم العلاج النفسى ، ولعل السبب فى ذلك – كما يقول روتر يرجع إلى الألفاظ التى يساء فهمها بدرجة أكبر مما عداها ، إضافة إلى إننا لا نجد عملية واحدة للعلاج النفسى ، وإنما نجد عدة أنواع ، بينهما من أوجه الاختلاف قدر أكبر مما بينهما من أوجه التشابه ، إضافة إلى أن معنى كلمة «العلاج النفسى» فى تغير دائم من الماضى إلى الحاضر (**جوليان روتر ، ١٩٨٤ ، ص ص ١٨٧ : ١٨٨**).

٢- أن الموقف العلاجى ينشأ من حقيقة وجود شخص مضطرب ، وشخص آخر متدرب للتعامل مع هذه الاضطرابات ، ومن هنا تنشأ العلاقة المهنية العلاجية .

٣- أن الشخص المنوط به القيام بالعلاج يجب أن يتوافر فيه عديد من الشروط ، أشار إليها عديد من التعريفات إليها بصورة إجمالية (مثل الإعداد والتدريب والخبرة والمران) ؛ أى إنه لا يصلح للقيام بالعلاج أى شخص .

٤- تعدد المنطلقات النظرية للعلاج النفسى ؛ بمعنى أن أى معالج لابد أن يكون له نظرية يتبناها ، وتدرب على العلاج بواسطة فنياتها ، ومن ثم يكون أقدر على التعامل من خلالها من الاضطرابات .

٥- أن الشخص المضطرب هو شخص قد فقد التوافق مع نفسه ومع الآخرين .. وبالتالى فإن العلاج يهدف إلى : وقف أو تعديل أو إبعاد هذه الاضطرابات ؛ مما يؤكد حقيقة التدخلات العلاجية المتنوعة، إما بهذه الوقاية أو التعامل مع الاضطراب فى بدايته ، أو العمل على «تثبيت الأوضاع وعدم الدخول فى مزيد من التدهور» .

٦- أن العلاج أو الموقف العلاجى يتم فى إطار من الشروط المهنية ، وأن يلتزم بها كل من المعالج والمريض ، أو ما يسمى بالتحالف العلاجى حيث يلتزم كل طرف بما عليه من واجبات وحقوقه تجاه الطرف الآخر ، والمريض والمعالج يتفاعلان ويتحالفان معاً من أجل هدف محدد ، هو القضاء على المرض أو وقف مساره أو تعديله أو تخفيف المعاناة .

وقبل أن نختتم مناقشة التعريفات ، نشير إلى أمرين :

الأول : أن كلمة علاج نفسى يقابلها الكلمة الإنجليزية Psychotherapy مكونة من مقطعين إغريقيين ، يعنى الأول المقابل لكلمة Therapy علاج أما كلمة Psy-cho فهى مستمدة من كلمة إغريقية تعنى العقل أو العمليات والمناشط العقلية . أى إن العلاج النفسى يشير فى أصله اللغوى إلى عملية، يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر فى مجال العمليات العقلية ، أو بمعنى آخر أن العلاج النفسى هو «علاج العقل» ، وفى هذا المعنى يمكن أن يشمل المصطلح كل الطرق التى تؤثر فى السلوك الإنسانى بما فى ذلك الجراحات واستخدام العقاقير على الرغم من شيوع الفكرة الذائعة – حتى لدى المعالج بأن العلاج النفسى هو علاج بالكلام talking cure **(لويس مليكة ، ١٩٩٧ ،ص ص١ – ٢)** .

الثانى: إذا كانت المنطلقات العلاجية تتنوع وتتعدد كما سيتضح فيما بعد ، فهذا يقودنا إلى تساؤل مؤداه : هل هناك عوامل مشتركة بين المدارس العلاجية المختلفة أم أن كل طريقة علاجية قائمة بذاتها ومختلفة تماماً عن الطريقة العلاجية الأخرى ؟

وفى الواقع .. فإن هذا التساؤل قد جعل المهتمين بقضية العلاج يركزون على إبراز جوانب كل نظرية علاجية وفنياتها، فجميع الاتجاهات العلاجية تقريبا واحدة

بدءاً من مساعدة وتخفيف الهموم والمعاناة عن كاهل شخص معين ، وصولاً إلى الاستبصار وتعديل السلوك ، وجعل الشخص أكثر توافقًا مع نفسه أولا ، ثم مع الآخرين والبيئة التى يعيش فيها ثانيا .

ونستطيع أن نجمل الخصائص العامة المشتركة بين جميع الاتجاهات العلاجية فى النقاط الآتية .

١- جميع الاتجاهات العلاجية تعمل على الاهتمام بالعالم الشخصى - الداخلى للفرد المضطرب أو صاحب المشكلة ، وعلى الرغم من أن بعض أشكال العلاج السلوكى تهتم بتأثير البيئة والتعلم على السلوك .. فإن كل أشكال العلاج النفسى بما فيها بعض أنواع العلاج السلوكى تهتم بالشخصية وتحسين أساليب الفرد ومشاعره ودوافعه وتوقعاته . وإذا كان غالبية المعالجين النفسيين يدركون من الاتجاهات العلاجية المختلفة صعوبة إحداث تعديل فى الهيئة الخارجية فى كثير من الأحيان، فإنهم يركزون جل عنايتهم فى إحداث التعديلات المطلوبة مع البيئة الداخلية للشخص لكى يتوافق ويتلاءم ويتعامل بكفاءة وفاعلية مع البيئة الخارجية . ولذا لا عجب أن نجد كافة الاتجاهات العلاجية تهتم بالبيئة النفسية الداخلية للفرد ، حتى وإن ادعت غير ذلك .

٢- **الكفاءة المهنية** : وتركز هذه الخاصية على ضرورة توافر عديد من الشروط فى شخصية المعالج كالدفء والتعاطف ، وحسن التدريب والمهارة والكفاءة فى إنجاح العملية العلاجية ، ولذا فإن مهنة العلاج النفسى تتطلب عديداً من الشروط والإجراءات وتوافر عديد من العوامل والسمات الشخصية الواجب توافرها فى شخصية المعالج ، إضافة إلى أن عديداً من البحوث التى تناولت اتجاه المريض نحو معالج معين ، وجدوا ضرورة أهمية توافر عامل الخبرة والكفاءة والنتائج العلاجية سريعة المفعول .

٣- **التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض** ، وحتى لو أثارت بعض الفنيات العلاجية القلق لدى المريض فإن ذلك يكون بهدف علاجى وتحت السيطرة وأن جميع المعالجين فى الاتجاهات العلاجية ، يهدفون إلى تخفيف مشاعر المريض بالقلق حتى يمكنه اختبار وفحص العوامل المسؤولة عن مشكلاته بشكل أقل انفعالا ، وإذا فشل المعالجون فى تخفيف حدة القلق أو الاكتئاب فإنهم يعطون بعض العقاقير المهدئة ، وهى وسائل مساعدة وليست أساسية فى العلاجات النفسية ، بل إن عديداً من المعالجين يحبذون اللجوء إلى العقاقير حتى لا يعتادها المريض

ويلجأ إليها كأسلوب علاج ذاتى كلما داهمه القلق أو أى مشاعر غير طيبة .

٤- **إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغير الإيجابى** : ولذا فإن مبدأ الطرح مثلا قد ركزت عليه نظرية التحليل النفسى ، وأشارت إلى أهمية التعامل مع الطرح وكذا الطرح المضاد ، حتى يمكن التعامل بكفاءة وفاعلية وموضوعية - إلى حد ما - مع مشاكل المريض ، ولذا فإن مدرسة التحليل النفسى مثلا تصر على أن المعالج أو المحلل النفسى لا يصرح له بمزاولة مهنة العلاج ، إلا إذا مر هو شخصيا بتجربة التحليل ، تحت إشراف محلل نفسى آخر ؛ حتى يستطيع أن يتفهم مشاعره وحتى - أيضا - لا تختلط الأمور فيعكس مشاكله هو لدى المريض أو العكس ، ومن هنا .. فإن العلاقة العلاجية الحقة هى التى تهدف إقامة علاقة مهنية بالمريض بهدف إحداث تغيرات إيجابية لديه .

٥- **إعطاء تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها** ، من خلال الكشف عن العوامل الممكنة والمسؤولة عن إحداث الاضطراب لديه ، بل إن بعض المدارس العلاجية تصر على كتابة «عقد علاجى» بين المريض والمعالج ، وتحدد فيه شروط وحقوق وواجبات كل فرد وإفهام المريض الطريقة العلاجية التى ستتبع ، وأسباب مشكلته وكيفية التعامل معها من خلال العملية العلاجية .

٦- **منح المريض الأمل فى التغير الإيجابى** ، لدرجة أن فرانك **Frank., 1961** قد أشار إلى إن منح المريض الأمل Hope هو الخاصية المشتركة بين كافة الاتجاهات العلاجية ، وأن جميع المشاكل قابلة للحل بشرط أن يتفاعل مع المعالج ، وأنه بدوره - أى المعالج - سيبذل قصارى جهده من أجل إحداث هذا التغير المطلوب؛ حتى يعود الفرد المضطرب أكثر تحررا وتوافقا واتزانا مع نفسه ومع الآخرين (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٨ ، ص ص١٩٤- ١٩٦) ، (Garfield., 1981) .

أهداف العلاجات النفسية :

على الرغم من أن لكل منهج من مناهج العلاج النفسى أهدافًا خاصة ، إلا أن كافة الاتجاهات العلاجية تشترك فى الأهداف العامة ، والتى تتلخص فى :

١- زيادة وعى الفرد واستبصاره وفهمه .

٢- حل أو تصفية الصراعات التى تسبب عجزه .

٣- زيادة قبول الفرد لذاته .

٤- توفير أساليب أكثر كفاءة فى التعامل مع المشاكل والأزمات .

٥- تقوية عامة لدفاعات الشخص .

٦- إطلاق إمكانيات النمو والتطور لدى الشخص .

٧- تعديل البناء المعرفى وأساليب التفكير الخاطئة .

٨- تغيير العادات المرضية ومساعدة الشخص على تكوين عادات ومهارات أكثر كفاءة للتعامل مع الذات والآخريين .

٩- زيادة تقبل وتحمل المسؤلية الشخصية .

١٠- العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث أى انتكاسة Relapse (*) .

نماذج من العلاجات النفسية الفردية ،التي من الممكن استخدامها مع المدمنين:

١- العلاج النفسى التدعيمى Supportive therapy :

تعريفه : هو ذلك العلاج الذى يقوم أثناءه المعالج بدور إيجابى نشط توجيهى لمساعدة المريض ، ورفع كفاءة قيامه بوظائفه السيكولوجية ، وزيادة مهاراته فى المجابهة ، ومحور اهتمام هذا النوع من العلاج تحسين السلوك والمشاعر الذاتية دون اكتساب الاستبصار .

أهداف العلاج النفسى التدعيمى :

- تخفيف اختلال السلوك .
- تخفيف المعاناة النفسية .
- تدعيم وتشجيع أوجه القوة فى المريض .
- تدعيم قدرته على استخدام وسائل التدعيم البيئية .
- حل الأزمات الحادة ، مثل : الفجيعة ، الصدمة ، الكوارث ، محاولة الانتحار... إلخ.
- الالتزام بالنظام العلاجى .
- تقليل نسبة حدوث السلوك غير المناسب .
- تحسين المهارات الاجتماعية .

(*) اعتمدنا فى كتابة هذا الجزء على كتابنا : اتجاهات حديثة فى العلاج النفسى ، ٢٠٠٣ ، ص ص ٢٣ - ٢٨ .

- حل الصراعات الخارجية .
- منع الانتكاس والتدهور .
- إقناع المدمن بالبقاء فى المستشفى لاستكمال البرنامج العلاجى .
- دعم احترام الذات .
- تحسين القدرة على اختبار الواقع .

الفنيات المستخدمة فى العلاج النفسى التدعيمى :

- المناقشة .
- الإيحاء .
- النصيحة .
- التنويم .
- الإقناع .
- الاسترخاء .
- حث قوة الإرادة .
- دخول المستشفى للعلاج .
- بث الطمأنينة .
- الاعتراف والتنفيس .
- توفير منافذ مقبولة للمخاوف ومشاعر النقص .
- تدعيم الثقة فى النفس .
- إقناع المدمن المريض بممارسة الهوايات التى كان يمارسها من قبل (أى قبل دخوله فى عالم الإدمان) .

٢- العلاج العقلانى - الانفعالى :

تعريفه : لعل العنصر الجوهرى فى نظرية (العلاج العقلانى الانفعالى) Rational Emotive Teherapy هو أن السلوك المضطرب ينتج من خلال حوار الشخص الداخلى مع نفسه (الجانب الوجدانى) ، إلا أن هذا الحوار يؤثر بدوره فى مسار الأفكار والاتجاهات (العقل) ، ثم يؤثران هذان الجانبان فى السلوك .

ومن هنا فإن الجهد العلاجى ينصب فى الأساس على أن تكون بداية العلاج هو تغيير الأفكار والتصورات والإدراكات الذاتية الخاطئة ، والتى تنتج عنها وتترتب عليها الانفعالات السلبية وبالتالى السلوك المضطرب .

وتعد هذه الطريقة العلاجية من أشهر الطرق استخداماً فى مجال علاج الإدمان . لماذا ؟

لأن المريض من خلال إدمانه قد أصبح (أسيرا) لمجموعة من الأفكار والتصورات والاعتقادات الخاطئة ، حيث ربط كافة أنشطته بالتعاطى ؛ فدون التعاطى (لا يكون دماغ) ، وبالتالى لا يكون قادرا على اتخاذ أى خطوة إيجابية سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين . كما أن طريقة العلاج العقلانى الانفعالى قد أدخل عليها عديد من التطورات ، حيث إنها أصبحت فى الوقت الراهن من المكونات الآتية:

– A ويرمز إلى الأحداث المنشطة Activating events

– B وترمز إلى منظومة المعتقدات .... Belief system

– C وترمز إلى العواقب أو النتائج Consequences

– D وترمز إلى التفنيد أو الدحض..... Dispute

– E وترمز إلى الأثر أو النتيجة Effect

– F وترمز إلى التغذية المرتدة أو تصحيح المسار Feed - back

(انظر رشدى فام منصور ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤٧)

أهداف العلاج العقلانى – الانفعالى :

الهدف الرئيسى : إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية، ويشمل ذلك هدفين :

أ – تقليل القلق إلى أقل حد ممكن وكذا الغضب والعدوان .

ب– تزويد الفرد بطريقة تمكنه من أن يكون لديه أدنى مستوى من القلق ومن الغضب، من خلال (رهن) مجموعة الأفكار غير العقلانية الموجود لدى الفرد (المدمن) فى حالتنا .

خطوات العلاج :

١– تعرف أفكار الشخص غير المنطقية وكتابتها ، وتحديد المنطقى وغير المنطقى فيها .

٢– إخبار الشخص بأن استمرار اضطرابه (أو حتى إدمانه) إنما يعود (فى جزء منه) إلى تمسك الفرد بمثل هذه الأفكار غير العقلانية ، بشرط أن تدعم هذا الحديث بكثير من الأدلة والبراهين من واقع حياة الشخص .

٣– تغيير أفكار المريض / المدمن غير العقلانية ، من خلال كثير من الفنيات ،مثل :

- المناقشة .
- الإقناع .
- الواجبات المنزلية .
- تبسيط الإهانة .
- حسن الظن بالآخرين .
- التنفيس عن الانفعالات .
- التبصير بالطرق الفعالة لتغيير السلوك .
- ضبط النفس وترويضها .
- تعلم مهارة الكفاح رغم الشدة والتهديد (بث الثقة فى الشخص) .
- إعطاء المعلومات (إما من خلال سرد معلومات معينة على الشخص ، أو إعطائه بعض الكتب لقراءتها ثم مناقشته فيها) .
- تقليل قابلية الفرد للتأثر بإيحاءات الآخرين .
- التدريب على المهارات .
- تبصير الفرد بنماذج من السلوكيات الجيدة (القدوة) ، وأن يقوم بتقليد هذه السلوكيات.

٤- إلغاء الأفكار غير العقلانية ، وأن تحل محلها أفكار عقلانية جديدة، وتأكيد تسليحه بمنظومة من (المهارات والتقنيات) تفيده مستقبلا فى ألا يقع ضحية أفكار لاعقلانية جديدة .

ومن خلال الخبرة نستطيع القول بأن : العلاج النفسى التدعيمى يصلح فى الحالات التى تعانى من عديد من الاضطرابات المتشابكة والمعقدة ، كما يصلح كذلك فى بدايات تحويل المدمنين إلى العلاج النفسى ؛ حيث يكون للتو قد أنهى مرحلة الأعراض الانسحابية ، فى حين أن العلاج العقلانى - الانفعالى يصلح مع المدمنين الذين يتمتعون بدرجة ذكاء عالية ، إضافة إلى القدرة على الاستبصار ، ودافعية جيدة لعدم الوقوع مرة أخرى فى براثن الإدمان .

٣- العلاج بالاسترخاء Relaxation therapy

تعريفه : تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الاسترخاء ، ويمكن تلخيص هذه التعريفات فى الملامح الآتية :

أ – إن الاسترخاء هو تدريب الفرد على أن يقوم بهذا العلاج بنفسه ؛ أى إن العلاج بالاسترخاء يندرج ضمن العلاج النفسى الذاتى .

ب– إن الاسترخاء يعنى توقفًا كاملاً لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للقلق .

جـ– الاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهرى أو حتى النوم ؛ لأنه من الصعب أن نجد فردا مستلقيا على السرير ، وهو قادر على منع أفكاره من الانسياب والتحليق فى أفق وموضوعات متعددة .

د – إن استرخاء العضلات وإتقان الفرد لهذه المهارة يمكنه من التوتر الانفعالى والعقلى .

هـ– إن الاسترخاء يمكن الفرد من دخول حالة نفسية تخلو فيها العضلات من التوتر ، والانفعالات من الاضطراب ، والعقل من التشتت مما يؤدى إلى دخول الفرد فى حالة من الهدوء ، خالية من التوتر والصراعات الداخلية .

و – فى الاسترخاء نجعل الفرد يصل بنفسه إلى معرفة الفروق ما بين طرفى المعادلة (الاسترخاء فى طرف والتوتر والقلق فى الطرف المقابل) .

ز – نعرِّف الشخص أن عدم التحكم فى انفعالاته ، ورغبة الشخص فى التخلص من هذا القلق (المزعج) فأنه قد يلجأ إلى أحد الحلول الذاتية بتناول العقاقير المهدئة أو المطمئنة ، بيد أن تناول مثل هذه العقاقير لا يحل المشكلة (مشكلة القلق المزعج) ، بل يضيف إليه مشكلة أخرى ؛ إذ يصبح يعانى من مشكلتى : القلق والإدمان .

ح – تأكيد للفرد بأن إتقانه لهذه المهارة (مهارة الاسترخاء) لا ينتهى عند حدود هذه الجلسة ، أو عند باب المستشفى ، بل يجب أن يجعل من إتقانه لمهارة الاسترخاء واجبا وسلوكا لابد أن يلجأ إليه كلما عاودته حالة القلق ، أو الدخول فى مشاعر مزعجة ، أو أفكار محلقة فى عالم الخيال ، ولذا لابد أن يكلف المريض بواجب أداء تمارين الاسترخاء .

ط – يلجأ البعض إلى أن يسجل تعليمات تمارين الاسترخاء على شريط (كاسيت) ، يمكن للشخص استعماله فى المنزل دون المعالج، بل يمكن أن نشجع الشخص على ممارسة تمرينات الاسترخاء مرة أو مرتين فى اليوم وحسب الحاجة .

ى – يمكن أن ندرب الأفراد على جلسات الاسترخاء إما بصورة فردية أو بصورة جماعية .

أهداف الاسترخاء :

إن نظرية الاسترخاء المعرفى السلوكى تفترض أن التدريب على الاسترخاء يمكن أن يتم تلخيص أهدافه فى :

١- التقليل من المثيرات الفسيولوجية التى تتولد عن القلق .

٢- إن الاسترخاء ، وتركيز الذهن على العضلات ، أو حتى على التنفس (شهيقا وزفيرا) لا شك أنه يصرف ذهن الفرد عن مسببات القلق ، وما يقود إليه من تعاطى للمخدرات مثلا ، أو الدخول فى ارتكاب (حماقات) اجتماعية .

٣- إن مواصلة تمارين الاسترخاء ، وما يستتبعها من صرف الذهن ، ودخول الشخص فى حالة من الهدوء والصفاء الذهنى .. كل ذلك وغيره من آثار إيجابية إنما تقود فى نهاية الأمر إلى حدوث تعديلات فى بنية الشخص القلق والمتوتر ، والمدمن إلى بنية أخرى جديدة قادرة على التحكم فى توترها ، وقادرة على التخطيط واتخاذ القرار المناسب فى (الظرف والموقف) المناسب ، وكان كاتب هذه السطور يقوم بتدريب المدمنين على كيفية إتقان هذه المهارة (*) .

وسوف نحاول - باختصار - ومن واقع الخبرة التى خبرها كاتب هذه السطور أن نقدم ملخصا لما يحدث فى الجلسة الأولى :

١- لابد أن تكون لدى المريض الدافعية للاشتراك فى هذا النوع من العلاج .

٢- لابد من الشرح المفصل لكيفية السير فى هذا النوع من العلاج .

٣- لابد أن يكون المريض المدمن يعانى فعلا من درجة قلق مرتفعة ، ويتم التأكد من ذلك عن طريق تطبيق بعض مقاييس القلق ، وأشهر هذه المقاييس فى بيئتنا المصرية والعربية مقياس : تايلور للقلق الصريح ، والقلق السمة والحالة .

٤- إجراء جلسة تحرى : وتستغرق من جلسة إلى جلستين ويكون الهدف منهما : تقييم الحالة والتشخيص ، وتحديد المواقف التى يوجد بها قلق وتدفع إلى التعاطى ، والمواقف الأخرى التى شعر فيها المريض بالسرور ، ولم يلجأ إلى تعاطى المخدرات .

وفى الصفحات التالية نقدم نموذجاً لما يحدث فى الجلسة الأولى .

(*) يشكر الباحث الأستاذ الدكتور / عادل دمرداش ، والذى قام بتدريب الباحث على مهارة الاسترخاء (بكافة أنواعها ، وكذا تدريبه على كيفية استخدام جهاز البيوفيدباك) .

الجلسة الأولى (٦٠ – ٧٥ دقيقة)

مكوناتها

١– التمهيد للجلسة وشرح الفكرة من العلاج .

٢– تشكيل مشهد التسكين .

٣– التدريب على الاسترخاء بالشد العضلى والإرخاء لـ (لولبى ولازاروس) .

٤– تحديد الواجبات .

أ – التدريب على الاسترخاء .

ب– كتابة مشهد التسكين على بطاقة استعداد للجلسة القادمة .

جـ– تعبئة نموذج الضغط النفسى ١ .

د – تعبئة نموذج الاسترخاء .

تستغرق هذه الجلسة وكل من الجلسات اللاحقة ما بين ٦٠ – ٧٥ دقيقة ، وتستغرق كل من المقدمة والخاتمة من ٥ إلى ١٠ دقائق . أما إذا ظهرت أثناء أى منهما موضوعات ، قد تؤثر على سير العلاج بالشكل المطلوب ، فعلى المعالج منحهما وقتا إضافياً لتقييم المواقف .

١– التمهيد للجلسة وشرح الفكرة من العلاج :

– التمهيد :

يقوم المعالج فى هذا الجزء من الجلسة مع العملاء باستكمال بنية العلاج إذا لم تستكمل أثناء جلسة التحرى ، وبمراجعة الأعراض الرئيسية للقلق ثم يستغل المعالج المقدمة لتحديد خطة الجلسة ، فيقول للعميل مثلا :

«كما تعلمون أن مشكلة القلق هى سبب رئيسى فى إدمانكم أو انتكاساتكم المتكررة ، وسأشرح لكم اليوم العلاج الذى سنستعمله والذى سيساعدكم – إن شاء الله – على التغلب على هذا القلق ، كما سأدربكم على الاسترخاء الذى نعتبره وسيلة مهمة للسيطرة على القلق» .

– شرح الفكرة من العلاج :

ثم ينتقل المعالج لشرح فكرة العلاج ويوضح للعملاء أن الهدف من العلاج هو تدريبهم على السيطرة على القلق ، بأن يقول لهم :

«يهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى تعليمكم طريقة لتعرف علامات القلق المبكرة ، والتى تعتبر كعلامات منذرة بالانتكاس فى الغالب وسابقة له ؛ حتى تسيطروا عليها قبل أن تتحول هذه الأعراض إلى مشكلة تزيد من الضغوط عليك ، وقد تعرضك للانتكاس . والاسترخاء هو طريقة التحكم فى هذه العلامات ، وسأستعمل طريقة بسيطة لتتمكنوا من تعلمه . يحتاج تعلمكم السيطرة على القلق إلى التمرين ، وحتى تقوموا بهذا التمرين يجب أن تتخيلوا مواقف شعرتم أثناءها بالقلق ، أو موقفًا تعرضت فيه للضغط النفسى تسبب فى انتكاستك ؛ حتى تتعلموا كيف تتخلصوا من القلق بواسطة الاسترخاء . هذا كل ما فى الموضوع ... تعلم التدريب على التعامل مع القلق ليس صعبا كما أن نسبة نجاحه مرتفعة جدا» .

وقد يتوسع المعالج ويضيف على المثال السابق حسب ما تقتضيه أسئلة وإجابات العملاء ، كما يستطيع توضيح مفعول العلاج باستخدام أمثلة توضيحية .

٢- تشكيل مشهد التسكين .

تشمل الخطوة التالية تحديد مواقف مرتبطة بالاسترخاء من حياة العملاء . ويستخدم تخيل هذه المواقف فى مرات مختلفة كجزء من تمرين الاسترخاء ، ولحث المريض على المزيد من الاسترخاء .

ويستخدم المعالج طريقة التحرى مع الجماعة بصفة عامة ، ثم يطلب تطوع أول عميل لوصف المشهد ، وعادة ما يكون هذا المتطوع أكثر الأعضاء شعورا بالراحة فى وسط الجماعة . وبالاستخدام للأسئلة المفتوحة ، يقوم المعالج بتوجيه العميل إلى سرد مفصل للمشهد يقتدى به الآخرون ؛ ثم يعلق المعالج على خصائص المشهد البارزة ويشجع عميلاً آخر على القيام بتحديد ووصف مشهد تسكينى خاص به . وعلى المعالج الحصول على مشهد من كل عميل ، ويعتمد طول الوقت أو قصره على مدى نجاح بقية العملاء فى الاقتداء بالعميل الأول . ونطلب من كل عميل كتابة المشهد على بطاقة خاصة به ليتذكره فى الجلسة القادمة .

ويشترط فى المشهد أن يكون واقعيا ، وأن يوصف بأكبر قدر من التفصيل . ويسأل عنه المعالج على النحو التالى :

مثل : «صف أى نشاط أو حدث أو موقف مألوف ، موقف فعلى شعرت أثناءه بالاسترخاء الشديد» .

ولابد من حث العملاء على مزيد من التخصيص لاحتمال كون الوصف يشمل

عناصرمن أماكن مختلفة وليس مكاناً واحداً بعينه ؛ لذلك يحاول المعالج التأكد من أن الموقف لم يحدث فى تاريخ معين فحسب ، بل وأيضاً فى مكان محدد وليس فى أماكن متفرقة .. فيسأله عن اسم المكان ويسأله عن طريقة تحديده له بالذات عند وصفه الموقف ، كما على المعالج أن يحث العملاء على تحديد وتفصيل الموقف الفعلى، بتشجيعهم على تحديد التاريخ والساعة والمكان ، ومن المواقف التى يصفها العملاء فى العادة .

٣- التدريب على الاسترخاء بالشد العضلى والإرخاء لـ (لولبى ولازاروس) .

يستغرق التدريب من ٢٠ إلى ٣٥ دقيقة ، ويقوم به العميل وهو جالس فى كرسى مريح أو مستلقيا على ظهره فى كرسى بظهر متحرك . ويفضل أن تكون الإضاءة خافتة ، وإن كانت الإضاءة العادية لا تمنع الاسترخاء للعملاء بصوت ونبرة عاديتين ؛ أى إنه يتجنب الصوت المنخفض الذى يستخدم فى جلسات التنويم . ويفضل عرض طريقة شد وإرخاء العضلات على العميل قبل التمرين ، كما يجب عدم الإبطاء فى توجيه التعليمات ؛ حتى لا يستمر العميل فى شد عضلاته لفترة طويلة فيحس بالألم أو تقلص العضلة ، كما لا ينبغى الإسراع فيها بصورة تصعب عليه متابعتها .

ويضاف إلى الاسترخاء عنصر معرفى، عندما يقوم العميل بالتركيز على المجموعة العضلية حتى لا يتشتت انتباهه ولتكثيف شعوره بالاسترخاء . ويطلب منه أيضا التنفس بعمق ؛ حتى يصبح التنفس إشارة لتعميق الاسترخاء فى الجلسات التالية، ويبدأ المعالج تمرين الاسترخاء فى العادة بالتعليمات التالية :

«سأقوم بعد لحظات بإصدار تعليمات الاسترخاء .. إنه وسيلة تم استنباطها من التمارين الرياضية ، والتى ثبتت فعاليتها فى تدريب الناس على إرخاء عضلاتهم ؛ ويؤدى الاسترخاء العضلى بدوره إلى الاسترخاء النفسى . ستقومون أثناء التمرين بشد بعض العضلات ثم ارخائها ، وستستخدمون الشد العضلى حتى تتعلموا ملاحظة الشعور بالتوتر ، وعندما ترخى العضلات ستتعلمون الإحساس بالاسترخاء العضلى . لقد وجدنا ، من واقع التجربة ، أن شد المجموعات العضلية ثم إرخاءها بالترتيب يؤدى فى النهاية إلى استرخاء كل الجسم .. سأحدد لكم كل مجموعة عضلية أريد منكم شدها ثم إرخاءها ؛ وسنكرر هذه العملية مرتين بالنسبة لكل مجموعة . انظروا إلىّ حتى تفهموا ما أقول .. عندما أقول اقبض عضلات يدك اليمنى تفعلوا هكذا

(يقبض المعالج أصابع يده اليمنى) ... ثم ترخى يدك هكذا (يرخى أصابعه) ... ثم نكرر الشيء نفسه بالنسبة لليد اليسرى .. هكذا ، ونستمر فى الشد ونلاحظه ثم نرخى الأصابع هكذا (يقوم المعالج بكل هذه الحركات) ، ثم ننتقل إلى الذراع (ويكرر المعالج العرض نفسه) .. هذه هى الفكرة العامة من التمرين ، هل لديكم أى أسئلة؟ إذا لم تكن لديكم أسئلة اخلعوا النظارات والعدسات اللاصقة إذا كان أحدكم يستعملها ... هل لدى أحدكم أى إصابات فى جسمه قد يسبب شد العضلات الألم فيها؟ هل يشكو أحدكم من ارتفاع ضغط الدم أو مرض في القلب ؟ حسنا ... اجلسوا فى أماكنكم وأغمضوا أعينكم حتى تتمكنوا من التركيز ، وسأبدأ الآن فى إعطائكم التعليمات . الفكرة من التمرين أن تلاحظوا الفرق بين العضلات فى حالة التوتر وحالة الاسترخاء ... لنبدأ الآن .

إرخاء اليدين والذراعين :

أقبض أصابع يدك اليمنى .. شد عضلات اليد أكثر وأكثر .. ركز على الشد الذى تحس به فى عضلات اليد ... استمر فى أقبض أصابعك ولاحظ الشد العضلى فى يدك وساعدك ... والآن استرخِ ... أرخِ عضلات أصابع يدك اليمنى، ولاحظ الفرق فى الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخائها ... مرة أخرى ضم أصابع يدك اليمنى بشدة ... استمر فى الشد ... والآن أرخ أصابع يدك وافرد الأصابع ... لاحظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهى مسترخية .

ضم أصابع يدك اليسرى ... شد عضلات اليد أكثر وأكثر ... ركز على الشد الذى تحس به فى عضلات اليد اليسرى ... استمر فى ضم أصابعك ولاحظ الشد العضلى فى يدك وساعدك ... والآن استرخ ... أرخ عضلات أصابع يدك اليسرى، ولاحظ الفرق فى الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخائها ... مرة أخرى ضم أصابع يدك اليسرى بشدة ... استمر فى الشد ... والآن أرخ أصابع يدك وافرد الأصابع ... لاحظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهى مسترخية ... استمر فى إرخاء يديك .

والآن اترك يديك مسترخيتين تماما ، وانتقل إلى عضلة الذراع اليمنى ... اثن كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن ... شد العضلات بقوة أكبر ركز على الإحساس بالشد ... والآن افرد ذراعك الزيمن وأرخه تماما ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء ، واترك ذراعك المسترخى فى وضعه المريح على مسند الكرسى ...

اثن كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات الساعد الأيسر ... شد العضلات بقوة أكبر .. ركز على الإحساس بالشد ... والآن افرد ذراعك الأيمن وأرخه تماما ، ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء واترك ذراعك المسترخى فى وضعه المريح على مسند الكرسى .

والآن لاحظ زيادة شعورك باسترخاء اليد اليمنى ... أصابع اليد اليمنى ... الساعد الأيمن والذراع الأيمن ... وكذلك لاحظ زيادة شعورك باسترخاء اليد اليسرى... أصابع اليد اليسرى ... الساعد الأيسر والذراع الأيسر ... ذراعاك ويداك مسترخيان تماما ... والآن سنترك الذراعين واليدين مسترخيتين فى وضع مريح على المسندين ، وننتقل إلى منطقة الرأس .

إرخاء الجبهة والعينين والوجه والرقبة والكتفين :

سنبدأ الآن بالجبهة ... وحتى تشد عضلات الجبهة ، قطب جبينك ... قطبه بصورة أكثر ... اجعله مشدودا وكأنك تقطب وجهك ... والآن أرخ عضلات الجبين... وتخيل أن جبينك أصبح ناعمًا مع زيادة استرخائه ... مرة أخرى شد عضلات الجبهة ، قطب جبينك ... قطبه بصورة أشد ... اجعله مشدودا وكأنك تقطب وجهك ... والآن أرخ عضلات الجبين ... وتخيل أن جبينك أصبح ناعما مع زيادة استرخائه ... والآن ننتقل للعينين ... أغمض عينيك بقوة ... أكثر وأكثر ... لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخ عضلات العينين واستمر فى إغماضهما... لاحظ إحساس استرخاء عضلات العينين ... التوتر يختفى ويحل محله الإحساس بالاسترخاء .. مرة أخرى أغمض عينيك بقوة ... أكثر وأكثر ... لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخ عضلات العينين واستمر فى إغماضهما ... لاحظ إحساس استرخاء عضلات العينين ... التوتر يختفى ويحل محله إحساس باسترخاء أكبر وعيناك مغمضتان ومستريحتان ...

حسنا ... ننتقل الآن إلى بقية الوجه ... اضغط على أسنانك ولاحظ توتر عضلات الكفين ... والآن أرخ عضلات الفكين والوجه تماما ... والآن ركز على عضلات الرقبة ... اضغط برأسك إلى الخلف على ظهر الكرسى بشدة ... لاحظ التوتر ... أرخ عضلات الرقبة ودع رأسك تعود إلى وضعها السابق المريح ...

ننتقل الآن إلى الكتفين ... ارفع كتفيك إلى أعلى مع شد عضلاتهما ... استمر فى الشد ... أرخ الكتفين ... دع الاسترخاء يزيد فى الرقبة والكتفين ... ارفع كتفيك مرة أخرى ... لاحظ توتر عضلات الكتفين وأعلى الظهر ... أرخ الكتفين واسترخ

تماما ... دع الاسترخاء ينساب فى كتفيك وظهرك ... أرخ عضلات الرقبة والكتفين ... والجبهة والعينين وكل الوجه ... ننتقل الآن إلى الصدر والبطن.

إرخاء الصدر والبطن :

تنفس ببطء وهدوء .. خذ شهيقًا ... زفيراً ... لاحظ كيف زاد استرخاء جسمك... لاحظ إحساس الاسترخاء أثناء تنفسك المريح ... والآن اكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاحب ... اطرد الهواء من صدرك تاركًا عضلات الصدر تسترخى وتطرد الهواء بنفسها ... استمر فى التنفس المريح والمنتظم ... استمر فى الاسترخاء... لاحظ استرخاءك واستمتع به ... والآن تنفس بعمق واكتم النفس مرة أخرى ... حسنا اترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر فى إرخاء عضلات الصدر ... ودع الاسترخاء ينتشر إلى كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... اترك نفسك تسترخى واستمتع بالاسترخاء ... والآن ننتقل إلى عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... أرخ عضلات البطن الآن ... دع العضلات تسترخى ، ولاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء ... مرة أخرى اكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاحب ... اطرد الهواء من صدرك تاركا عضلات الصدر تسترخى وتطرد الهواء بنفسها ... استمر فى التنفس المريح والمنتظم ... استمر فى الاسترخاء ... لاحظ استرخاءك واستمتع به ... والآن تنفس بعمق واكتم النفس مرة أخرى ... حسنا اترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر فى إرخاء عضلات الصدر ... ودع الاسترخاء ينتشر إلى كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... اترك نفسك تسترخى واستمتع بالاسترخاء ... والآن ننتقل إلى عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... أرخ عضلات البطن الآن ... دع العضلات تسترخى ، ولاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء .

إرخاء الساقين والقدمين :

شد عضلات ساقيك وقدميك ... اثنى قدميك إلى أسفل بعيدا عن جسمك حتى تشد عضلتى مؤخرة الساق (لفترة وجيزة حتى لا يصاب العميل بالشد العضلى) ... والآن أرخ العضلات ... مرة أخرى شد عضلات ساقيك وقدميك ... اثنى قدميك إلى أسفل بعيدا عن جسمك حتى تشد عضلتى مؤخرة الساق حسنا ... أرخ عضلات الساقين والقدمين ... والآن تستطيع مضاعفة الاسترخاء بمجرد التنفس مرة واحدة بعمق وطرد الهواء من الصدر ببطء ... نفس عميق ... املأ صدرك بالهواء ثم اطرد

الهواء ببطء ... استخدم هذه الطريقة لتصل إلى مستوى الاسترخاء الذى تريده ... ستستخدم التنفس فى المستقبل كإشارة سريعة لإحداث الاسترخاء ... مرة أخرى .. خذ نفساً عميقاً ودع الاسترخاء ينتشر فى جسمك ... فترخى يديك وذراعيك ، ووجهك ... وعضلات الرقبة والكتفين ... والبطن ... والساقين والقدمين .

ويقوم المعالج فى فترات مختلفة بعد انتهاء العميل من إرخاء اليدين والذراعين بإعطائه تعليمات خاصة بالتنفس :

«حسنا ... تريد الآن زيادة درجة الاسترخاء ، تنفس ببطء وعمق الآن ... كرر ذلك مرتين ، اجعل التنفس يزيد من تحكمك فى الاسترخاء ... إذا أردت فى المستقبل الوصول للاسترخاء بسرعة ، استخدم طريقة التنفس العميق والبطئ التى استعملناها الآن» .

إن استمرار الربط بين التنفس العميق والاسترخاء العضلى ، يحول الأول إلى مؤثر يؤدى إلى الاسترخاء .

ثم يقوم العميل فى الوقت المتبقى باستعراض مجموعات العضلات المسترخية الواحدة تلو الأخرى ومشهد التسكين بالتبادل . ولايحتاج استعراض العضلات إلى شدها مرة أخرى ، بل يكتفى بالتركيز على حالة استرخائها ، بالقول :

«والآن ركز على مجموعات العضلات المختلفة ... استمر فى إرخاء يدك ... وساعدك ... وذراعك الأيمن ... ويدك اليسرى مرتخية ... ركز على إحساسك بالاسترخاء فى عضلات الجبهة والعينين ... والوجه والرقبة والكتفين ... أحسنت.. ركز كذلك على الإحساس بالاسترخاء فى الصدر والبطن، وكأنه جزء ثقيل لا تستطيع أن تحركه ... وكذلك الإحساس بالاسترخاء فى الساقين والقدمين ...

كرر النفس العميق لزيادة الاسترخاء ، حاول أن تسترخى إلى أقصى حد ممكن... حسنا ، استمر فى الاسترخاء .... أحسنت.. استمر .

وينهى المعالج الاسترخاء بإصدار التعليمات التالية :

«سأطلب منك بعد لحظة أن تحرك أصابع يديك قليلا ... ابدأ ... الآن سأطلب منك تحريك قدميك ... ابدأ ... حسنا ... عندما تحس أنك مستعد ، افتح عينيك مع استمرارك فى الشعور بالاسترخاء واليقظة والانتعاش فى الوقت نفسه ... (وقفة) ... (إذا لم يفتح أحد العملاء عينيه نقول له) حسنا ، افتح عينيك الآن مع استمرارك بالشعور بالاسترخاء .

- الخاتمة

الهدف من الخاتمة : هو التحقق من مدى نجاح العملاء فى تحقيق الاسترخاء ؛ ومن فهم التعليمات بشكل خاص ؛ ومدى نجاح التنفس العميق فى حثهم على الاسترخاء ؛ ومدى تمكنهم من التحكم فيه .

وإذا اتضح أن العميل لم يتمكن من الاسترخاء ، فعلى المعالج مضاعفة التمارين؛ أو تخصيص جلسات إضافية ؛ أو الاستعانة بوسائل مساعدة كأشرطة الكاسيت . ويندر أن يعجز العميل عن الاسترخاء فى الجلسة أو تحسين أدائه أثناء الواجب المنزلى .

٤- تحديد الواجبات :

* التدريب على الاسترخاء .

* تعبئة نموذج الضغط النفسى ١ .

* تعبئة نموذج الاسترخاء .

* كتابة مشهد التسكين على بطاقة استعداداً للجلسة القادمة .

يتركز الواجب على العميل بعد الجلسة الأولى التمرين على الاسترخاء الذى أداه فى الجلسة ، بواقع مرة فى اليوم لمدة خمسة أيام من الأسبوع التالى ، ولقد ثبت أن التمرين يساعد العملاء لاسيما فى الأسبوع الأول .

ويطلب من العميل فى العادة أن يخصص ٩٠ دقيقة فى المساء لممارسة الاسترخاء فى مكان هادئ . والسبب فى إطالة المدة التأكد من عدم قيام العميل بالتمرين بسرعة ، كما ننصحه باختيار موعد لا تتلوه المواعيد أو المقابلات أو إنجاز المهام ، أو أى حدث قد يشتت انتباهه .

ويتبع التمرين الخطوات نفسها التى تعلمها فى الجلسة ، فيستلقى فى كرسى مريح ويخلع النظارة ويتحرر من أى أجزاء ضاغطة من ملابسه ، ويغمض عينيه ثم يشد عضلاته ويرخيها .... إلخ ، وبعد انتهائه يفتح عينيه ويمارس أى نشاط آخر أو يذهب للنوم .

وتعليمات الاسترخاء فى المنزل بسيطة جدا :

«الواجب المطلوبة منكم هذه المرة ، هو التدريب على الشد والإرخاء اللذين قمنا بهما اليوم .. حددوا وقتاً لن تتعرضوا فيه للإزعاج ، وخصصوا ٩٠ دقيقة للتمرين .

وينبغى أن يكون موعد التمرين فى وقت لا يسبق مواعيد مهمة، تريد أن تذهب إليها بعد انتهائك من التمرين ، حتى تركز تماما على ما تفعل ولا تشعر بأن بالك مشغول بالتخطيط لما ستفعله بعد ذلك . اختر مكانا مريحا ! قد يكون هذا المكان فراشك فى غرفة النوم أو كرسياً مريحاً . البس ملابس فضفاضة ومريحة . استعمل الإيقاع نفسه الذى استخدمناه فى الجلسة ، المهم أن تشد عضلاتك بحيث تشعر بالتوتر العضلى ثم ترخيها . وتذكر أن تأخذ أنفاسا عميقة قرب النهاية لتعميق الاسترخاء ، ولتكن ثلاثة أنفاس بطيئة وعميقة . أريد أن تتمرن على الاسترخاء الذى سيستغرق من ٣٠ إلى ٤٥ دقيقة .. ستقومون بالتمرين يوميا ، حتى نلتقى مرة أخرى .. سأعطيكم نموذجاً لتعبئها وسأشرحها لك بعد قليل .

وتستمر متابعة الذات باستخدام (نموذج الاسترخاء) لمتابعة تقدم الحالة والتأكد من التزام العميل . ويشمل نموذج الاسترخاء تحديد تاريخ ووقت القيام بالتمرين ، وأجزاء الجسم التى تحقق استرخاؤها بسهولة ، والأجزاء التى ظلت متوترة ، ومستويات التوتر قبل وبعد التمرين . ويطلع المعالج على هذه النماذج قبل الموعد القادم .

* **وفيما يلى التعليمات الخاصة بتعبئة (نموذج الاسترخاء) :**

ستقومون بتعبئة هذا النموذج الخاص بطريقة استرخائكم ، وهذا العمود الأول خاص بالتاريخ والساعة ... والعمود الثانى خاص بمدة التمرين ... ثم دونوا فى العمود الثالث أجزاء الجسم التى كان استرخاؤها سهلا ، وفى العمود الرابع تلك الأجزاء التى ظلت متوترة بعض الشىء ... ثم اكتبوا فى العمود الخامس مستوى التوتر قبل وبعد التمرين ، مستخدمين المقياس المبين فى أسفل النموذج ... وكما ترى ... صفر تعنى لا يوجد استرخاء بالمرة ، و١٠٠ تعنى استرخاءً كلياً .

وإذا اتضح من النموذج أن العميل غير ملتزم أو لا يتقدم ، فعلى المعالج تأجيل الجلسة التالية أو تكرار وإعادة الجلسة الأولى . وإذا كان التزام العميل سيئا جدا ، فعلى المعالج التفكير فى إلغاء الموعد ، فيقول .. إن ما سنفعله فى الجلسة القادمة يعتمد على حسن أدائك فى المنزل وقدرتك على تعلم الاسترخاء ؛ إذ لن نحقق شيئا دون هذه الشروط . لذلك سأعطيك فرصة لمواصلة التمرين لوحدك بدلا من جلسة اليوم . وقبل تحديد موعد آخر .. هل هناك ما أستطيع أن أساعدك به لتكمل التمرين فى هذه المرة؟ . وإذا كانت ظروف العميل تمنعه من التدريب على الاسترخاء ، يستطيع المعالج تحديد مواعيد يقوم فيها العميل بتمارينه فى العيادة بمفرده .

* كتابة المشهد التسكين على بطاقة خاصة استعداداً للجلسة القادمة .

ويطلب من كل عميل تسجيل على بطاقة خاصة الموقف التسكينى الذى وصفه مع زملائه وتم تشكيله مع المعالج . وينبغى أن يتضمن المشهد ، بالإضافة إلى التفاصيل المرئية كالمكان ووجود الآخرين والسمات المميزة والنشاط الذى يتم خلاله ، جوانب حسية أخرى مثل الجوانب السمعية واللمسية والشمية ليزداد وضوحه . وحتى نتجنب الخلط بين المواقف الاسترخائية والمواقف الجنسية أو نشوة التعاطى ، نوضح الأمر للعميل بسؤاله عن المشاهد المرتبطة بالهدوء والسكينة ؛ بدلاً من سؤاله عن مشاهد سارة .

ويتضمن مشهد التسكين عناصر خاصة بالمشهد وأخرى خاصة بالانفعالات . ويشمل النوع الأول أوصافاً للبيئة والظروف مثل «أنا على رمال الشاطئ بمفردى» .

بينما تشير العناصر الانفعالية إلى إحساسه وقتها ، مثل : «أحس بدفئ مريح ، جسمى مسترخ تماما ، لا أفكر فى شىء ، وأشعر بالسكينة» .

(عادل الدمرداش (١٩٩٥) التدريب على التعامل مع القلق ، منشورات مستشفى أمل الدمام ، السعودية) .

ثانيا : العلاج النفسى الجمعى : group psychotherapy

تعريف العلاج النفسى الجمعى:

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم العلاج النفسى الجمعى.. إلا أننا نستطيع أن نلخص أبرز هذه الخصائص فى :

– العلاج النفسى الجمعى هو (تجميع) لمجموعة من الأفراد .

– هناك اختلافات فيما يتعلق بالعدد المناسب للجلسة العلاجية ، فالبعض يرى أن العد لا يجب أن يزيد عن أربعة أشخاص فى حين يرى البعض أن من الممكن أن يصل العدد إلى ستة أشخاص أو أكثر من ذلك .

– أن العلاج النفسى الجمعى نوعاً من العلاج يتم من خلاله علاج الفرد داخل جماعة، وأن وجود الفرد داخل جماعة له عديد من المميزات ، وأن وجود الشخص داخل جماعة يخلق نوعًا من أنواع السلوك ، التى لا تتواجد فى حالة وجود الشخص بمفرده .

– فى حين يرى البعض أنه لا فرق بين العلاج الفردى والعلاج الجمعى ، وأن

الظواهر الجماعية لا تنفرد بخصائص متميزة عن خصائص أفرادها ، وأننا نفهم ما يحدث فى مستوى الجماعة بإرجاعه إلى مستوى السلوك الفردى .

- أن البعض يرى ضرورة أن يكون الأعضاء المكونين للجماعة متشابهين فى مشاكلهم أو اضطراباتهم التى يعانون منها ، فى حين أن البعض الآخر يؤكد ضرورة (التنوع) داخل الجماعة ، مع الأخذ فى الاعتبار أن لكل فريق مبرراته ووجهات نظره فى ذلك .

- أن مدة الجلسة العلاجية الجماعية تتراوح ما بين الساعة ونصف الساعة .

- أن الجلسات العلاجية الجماعية من الممكن أن تستمر فى فترة زمنية من ستة أشهر حتى عام ، وربما أكثر وفقاً لطبيعة المشاكل المطروحة فى الجلسات .

أهداف العلاج النفسى الجمعى :

إن أهداف العلاج النفسى الجمعى تهدف إلى إعادة توافق الفرد مع نفسه أولا ، ثم مع البيئة ثانيا ، وإن أهداف العلاج النفسى تثير قضية على جانب كبير من الأهمية : هل العلاج النفسى يهدف إلى إعادة الشخص إلى حظيرة المجتمع ؛ كى يتوافق مع السائد والمألوف (بغض النظر عن مدى انطباقه واتفاقه من عدمه مع اتجاهات الشخص ؟ أم أنه يهدف إلى جعل الشخص أكثر وعياً وتمرداً واستبصاراً بواقعه وبنفسه ؟

وتثير هذه القضية عدة قضايا ، مثل :

١- إن أى فرد لابد أن يتواجد فى المجتمع .

٢- إن هذا المجتمع له ثقافته الخاصة به .

٣- إن أى فرد يعيش فى كنف هذه الثقافة هو فى الحقيقة ابن شرعى لهذه الثقافة .

٤- لأن الفرد - وفقاً لعديد من العمليات - قد يتفق مع ثقافة المجتمع أو قد يختلف .

٥- إذا كان (التغيير والتعديل) يحدث بسرعة فى ثقافة الفرد ، فإن ذلك يقتضى عديداً من الوقت والجهد لتغيير ثقافة المجتمع .

٦- إن السلطة بمختلف أشكالها تؤكد ضرورة أن (يمتثل) الفرد للثقافة القائمة ولاتسمح أحياناً بأى اختلاف .

٧- وقد تتسامح السلطة مع (بعض المختلفين معها) فى ظروف تاريخية معينة وقد لاتسمح (وتأخذ بيد من حديد على كل من يظهر بادرة اختلاف أو اعتراض) .

٨- والغالب أن الفرد المختلف يجد نفسه مثاراً للاعتقال والشبهات ، وقد يتعرض لعديد من صنوف التعذيب وغسيل الدماغ حتى (تثبت) السلطة أفكاراً جديدة تتفق مع ما يجب أن يسود (فى مرحلة تاريخية معينة) .

٩- وقد يصر الشخص على مواصلة الاختلاف حتى لو دفع حياته ثمناً لذلك .

١٠- وقد ينصاع الشخص ويتحول من النقيض (التمرد) إلى النقيض (التواؤم والتوافق) مع السائد والمألوف ، بل قد يتحول إلى أداة بطش لكل من تسول له نفسه الاختلاف مع السائد (أى يكون ملكاً أكثر من الملك نفسه ، وإعلاماً أكثر من أجهزة الإعلام) فأين إذاً دور المعالج النفسى ؟ وهل يعمل على (تثبيت) أركان ثقافة المجتمع ، أم يساعد الفرد على (التمرد) وتحمل المسؤلية (مسؤلية تمرده) ولتكن النتائج ما تكون؟ ونظن أن مناقشة هذه القضية إجمالا أو حتى تلخيصاً تخرجنا عن الهدف من هذه الدراسة ، وتلك قضية أخرى.

أهداف العلاج النفسى عموما تكون كالآتى:

أ- زيادة وعى الفرد واستبصاره وفهمه .

ب- حل أو تصفية الصراعات التى تسبب عجزه .

جـ- زيادة قبول الفرد لذاته .

د - تعزيز وتدعيم نواحى القوة فى الفرد .

هـ- تعرف إمكانيات وقدرات الفرد (الكامنة) وتنميتها .

و - زيادة فى كفاءة تقدير الذات .

ز - يزادة قدرة الفرد على مواجهة المشكلات .

ح - زيادة قدرة الفرد على تحمل الإحباطات .

ط - تقليل التوترات إلى أدنى حد ممكن .

العلاج الجمعى للمدمنين :

من خلال الخبرة وقيادة جماعات علاجية لعلاج المدمنين علاجا نفسيا جماعيا ، فإن الأمور كانت تسير كالآتى :

١- أن الأفراد الذين خرجوا لتوهم من مرحلة الأعراض الانسحابية ، ولا يعانون من

أى مشكلات نفسية حادة كالخجل أو الاكتئاب مثلا – كانوا يدخلون جلسات العلاج النفسى الجمعى .

٢– وأن الموضوع الذى كان يطرح هو عبارة عن مناقشة لقضية من القضايا المتعلقة والمرتبطة بالإدمان ، مثل :

أ – أن يذكر كل عضو من أعضاء الجماعة البدايات الأولى لكيفية الإدمان .

ب – المشاعر والأحاسيس التى استشعرها حينما دخل فى تجربة التعاطى للمرة الأولى .

جـ– ما الخسائر التى خسرها من جراء مواصلة الإدمان .

د – مرات التردد على العلاج ، سواء كان هذا التردد فى مستشفى حكومى أم مستشفى خاص .

هـ– كيفية مواجهة الضغوط والأزمات والمشاكل .

و – عدد مرات الانتكاسة وأسبابها .... إلخ ، هذه القضايا حيث كنا نطرح قضية ويذكر كل فرد التجربة التى مر بها ثم نقوم بتعديل هذا السلوك (مثلا مواجهة الضغوط بالمخدرات) فنطرح تساؤلا مؤداه : وهل نجحت المخدرات فعلا فى مواجهة هذه الضغوط أو هل استطاعت المخدرات أن تحل تلك المشكلة ؟

٣– بعض الأفراد الذين نلتمس لديهم دافعية عالية للتحسن ، كنا نطرح عليهم قضايا متعلقة بكيفية المواجهة ، وأن تعاطى المخدرات (وارد) وأن الإغراءات (قائمة) وأن كثيراً من الرفاق الذين كنت تتعاطى معهم ، وبعضهم لم يتعاف ، سوف يكونون حريصين على إمكانة عودتك إلى المخدر مرة أخرى . وكنا – كفريق علاج – نسمح للفرد بالخروج خارج المستشفى حتى يختبر إمكاناته وقدراته .

٤– بصفة عامة فى العلاج النفسى الجمعى للمدمنين – وبغض النظر عن المرحلةالعلاجية التى يمر بها الشخص ، ومدى استجابته من عدمها للعلاج ، فإن المعالج النفسى الجمعى سيحاول التغلب على العقبات الآتية :

– الإنكار .

– المقاومة .

– السلبية .

- الدافعية (سواء للعلاج أو للاستمرار فيه) .
- تحمل المسئولية (خاصة وأن التعاطى والتوقف عن الإدمان سوف يفرض بدوره مجموعة من التغيرات النفسية والاجتماعية وأساليب الحياة ؛ حيث عليه أن (يتخلص) من الرفاق والعلاقات ، التى كان يقيمها من أجل الحصول على المخدر و(فريق) التعاطى .... إلخ وأن (يستبدل) بكل هذه العلاقات والأفراد علاقات أخرى بعيدة تماما عن (فعل التعاطى) .
- ميكانيزمات الدفاع.
- الاعتمادية والطفلية التى يبديها بعض المدمنين .
- الإحساس بالذنب والندم .
- الاكتئاب والحزن واليأس ... إلخ .

كما يمكن أن يقدم العلاج النفسى الجمعى بصورة أخرى، ومن تجربة الباحث.. فقد كلف أحد المدمنين الذين يمتلكون الموهبة الأدبية بكتابة مسرحية ، تتحدث من دافع خبرته عن جلسات التعاطى وموقف الأسرة من هذا السلوك ، وتم اختيار مجموعة من المدمنين (بتمثيل) الأدوار ، وقد قدمت على مسرح المستشفى ، ووجدت استحسانا من قبل الحضور وهو نوع من العلاج النفسى الجمعى بالسيكودراما، وأن هذا النوع من العلاج – ومن خلال الخبرة أحد أهم العلاجات النفسية الفعالة فى علاج الإدمان ، وما يرتبط به من مشكلات واضطرابات انفعالية مثل : الانطواء ، الخوف من التفاعل مع الآخرين ، الخجل ... إلخ .

العلاج بالسيكودراما كأحد العلاجات النفسية الجمعية للمدمنين :

ولعل تفضيل هذا النوع من العلاج يعود إلى الأسباب الآتية :

أ – أنه يحتاج إلى إمكانات بسيطة (مسرح وليس شرطا أساسيا أن يكون بمواصفات المسرح المتعارف عليه ، بل يكون مكانا مرتفعاً قليلا عن سطح الأرض) .

ب– أن العلاج بالسيكودراما يتميز بإمكانة استخدامه فى عديد من المجالات ،مثل :

١– العلاج النفسى .

٢– العلاج الاجتماعى .

٣– وسيلة من وسائل تدريب الفرد على السلوكيات الإيجابية الفعالة .

٤- وسيلة من وسائل التربية والتعليم .

٥- وسيلة من وسائل الترويح والتفريغ عن النفس (المقصود) .

فنيات العلاج بالسيكودراما :

يضيق المقام بالطبع عن التعرض إيجازاً أو تفصيلا لفنيات العلاج النفسى الجمعى بالسيكودراما .. إلا أن الفنيات تتعدد ، ويختار المخرج (المعالج النفسى) أو مساعد المخرج (أخصائى نفسى تحت التدريب) من اختبار (العينة) أو (العينات) المناسبة لطبيعة الجماعة ولطبيعة الاضطراب (أو الاضطرابات) التى يتعامل معها، ومن هذه الفنيات :

١- **أسلوب مناجاة النفس** : وهنا تتجلى قدرة المعالج فى تحويل المونولوج الداخلى (أى الأحـاديث والأفكار والرغـبـات التى تمرح داخل الشـخص) إلى حـوار خارجى.

٢- **أسلوب المرآة** : وتستخدم هذه الفنية فى حالة عجز المريض عن التعبير عن نفسه بالكلام والفعل ، فيتم اختيار ..؟.. المساعد ؛ لكى يقوم بدور يمثل مرحلة ما فى حياة البطل .

٣- **أسلوب تقويم النفس** : وتستخدم هذه الفنية فى حالة رغبتنا فى أن يقوم الشخص بدور شخص آخر ، كأن يقوم بدور الأب ، أو الأخ الأكبر ، أو المدرس أو رئيس فى العمل ولا شك أن استخدام هذه (الفنية) يجعل الفرد على (دراية واستبصار) بموقف واتجاهات الشخص الآخر .

٤- **أسلوب انعكاس الدور**: وفى هذه الفنية يتم (قلب الأدوار) بين الأشخاص الذين يعانون من تشويش فى إدراك الشخص الآخر ، إذ قد يقوم الأب بدور الطفل ، والمدرس بدور التلميذ أو العكس ، وبهذا الانعكاس للأدوار يتم تصحيح العلاقة .

٥- **أسلوب النمذجة أو التعلم الجماعى** : وهذه الفنية مشتقة من نظرية التعلم الاجتماعى لباندورا ، وتنهض على حقيقة مؤداها : أننا لكى نعلم شخصاً أسلوباً أو اتجاهاً معيناً ، فلابد من أن نعرض أمامه نماذج من هذا الأسلوب (المراد تعلمه) .

٦- **المقعد الخالى** : وفى هذه الفنية نعمل على إحلال (مقعد) بدلاً من شخص ما فى الحدث الدرامى ، ولا شك أن هذه الفنية تتيح للبطل حرية التعبير ، الصراخ ، الغضب ، تجنب العدوان على الآخر ... إلخ .

٧- الشبيه أو المثيل أو الدوبلير : وتقصد بهذه الفنية استخدام الأنا المساعدة فى دور خاص مميز ، ولعب جزء من الذات الداخلية للمريض ، ويطلق على هذا الأسلوب أحيانا : الأنا الآخر ، وتكون وظيفة الشبيه : التعبير عن مشاعر وأحاسيس وانفعالات البطل الداخلية .

(لمزيد من التفاصيل : محمد حسن غانم ، ٢٠٠٣ ، ص ص ١٢١ - ١٤٣)

ثالثاً : العلاج بواسطة التدريب على إرجاع موجات المخ (*)

محكات لختيار المتدرب

١- ألا يزيد عمره عن ٤٠ عاما .

٢- أن يكون قد أنهى مرحلة التعليم الابتدائية على الأقل .

٣- مضى أسبوع على الأقل من انتهاء مرحلة التطهير DETOX .

٤- أن يبدى المتدرب مستوى معقولا من الحفزية فى الأنشطة الأخرى .

٥- ألا يكون مصاباً باضطراب عقلى وظيفى أو عضوى ، أو اعتلالاً فى الشخصية .

٦- أن يكون معدل ذكائه فى حدود المتوسط .

٧- ألا يكون ممن يستعملون الأدوية النفسية

يشمل التدرب على الإرجاع العناصر التالية :

أ- جلسة توضيحية واحدة .

ب- جلسات التدريب .

وتتكون كل جلسة تدريب من :

١- الجزء التمهيدى .

٢- الجلسة الفعلية .

٣- الجزاء الختامى والوظيفة المنزلية .

(*) قام بتدريب الباحث على هذا النوع من العلاج فى وحدة (البيوفيدباك الأستاذ الدكتور / عادل دمرداش ، أستاذ الطب النفسى - كلية الطب - بنين - جامعة الأزهر ، وكان إبان هذه الفترة يعمل استشاريا للطب النفسى .

(أ) الجلسة التوضيحية

يقوم المعالج بشرح الفكرة من العلاج بصورة مبسطة للمدمن ويجيب عن أسئلته ، ولا يتركه حتى يتأكد من وضوح فكرة الإرجاع فى ذهنه تماما ، ويبين للمتدرب أن الجلسات الثلاث الأولى ستكون على سبيل التجربة لاختبار صلاحيته لهذا العلاج . ويبين للمتدرب أن هناك من لا يستفيد من هذه الطريقة ويستفيد من طرق علاجية أخرى ، والهدف من ذلك استبعاد من تكشف التجربة العملية ضعف حفزيتهم وعدم صلاحيتهم للإرجاع .

ويقوم المتدرب بتعبئة استمارة تاريخ حياة العميل بمفرده أو بمساعدة المعالج . ويطبق عليه اختبار تيلور للقلق واختبار بيك للاكتئاب ، ويقوم المعالج بعد ذلك بتعبئة استمارة تقييم الحالة الحاضرة .

(ب) جلسة التدريب

١- الجزء التمهيدى : يقوم أثناءه المعلاج بتعبئة استمارة وصف المشاعر ، وسؤال المتدرب عن ما حدث له وشعريه بعد الجلسة السابقة . كما يطلع على نماذج الوظائف المنزلية ويناقشه فيها لمعرفة مدى فهمه للعلاج ، وتطور حالته ، وطبيعة الصعوبات التى يواجهها ، ومدى التزامه بالتعليمات .

٢- الجلسة الفعلية : توصيل المتدرب بجهاز الإرجاع حيث تستمر الجلسة ٣٠ دقيقة ، وبواقع ٣ جلسات فى الأسبوع ، ومجموع كلى يتكون من ١٠ - ١٢ جلسة .

٣- الجزء الختامى: يقوم المعالج بعد انتهاء الإرجاع بتعبئة استمارة وصف خبرة التدريب على التحكم فى موجات المخ ، وعرض الرسم البيانى لموجات المخ على المتدرب مع شرحه ، والتعليق على أدائه والاستفسار عن الصعوبات وأى خبرات تخيلية مر بها لربطها بالتحكم . ويكلفه بعد ذلك بالوظيفة المنزلية التى سيقوم بها حتى الجلسة القادمة ، ويطلب منه تسليم النماذج قبل الجلسة بيوم على الأقل ؛ حتى يتيح للمعالج فرصة الاطلاع عليها قبل مناقشته فى الجزء التمهيدى من الجلسة التالية .

فنيات الإرجاع

١- يبدأ علاج المتدرب على إرجاع موجات المخ بتدريبه على الاسترخاء العضلى العميق مع شرح الفكرة من الاسترخاء حتى يتمكن من تلك الفنية تماماً ، كما يتضح من النماذج التى يعبؤها بعد قيامه بالتدرب بين الجلسات ، ويستغرق

التدرب على الجلسات حوالى ٤ – ٥ جلسات .

٢- يتم فى الوقت نفسه الذى يتعلم فيه المتدرب الاسترخاء تمرينه على التخيل . ويتدرب الشخص بمفرده كجزء من وظائفه المنزلية ، ويدون أداءه فى نموذج خاص بذلك .

٣- يقوم المعالج بتسجيل سرعة نبض المتدرب وضغط الدم قبل وبعد الجلسة .

وصف جهاز الإرجاع وطريقة استعماله

جهاز الإرجاع المستخدم بالمستشفى مصنوع فى الولايات المتحدة واسمه DEI FEEDBACK ٢٠ EEG (أنظر صورة الجهاز) .

١- مفاتيح التشغيل Function وتوجد فى الركن الأيمن الأعلى من الجهاز ، وتوجد عليه ٣ وظائف .

* Off لإطفاء الجهاز .

* BT تقوم هذه الوظيفة بقياس شحنة البطارية التى تشغل الجهاز . ونستطيع قراءة جهد البطارية من العداد الموجود على الجهاز . فإذا كانت البطارية مشحونة ، ينحرف المؤشر إلى أقصى اليمين نحو المنطقة المدون تحتها BATT . أما إذا كانت البطارية ضعيفة فإن المؤشر ينحرف إلى اليسار . وفى هذه الحالة ينبغى شحن البطارية قبل التشغيل .

* ON وهى الوظيفة التى تشغل الجهاز .

٢- فى الجزء الأيسر من الجهاز ٤ قوائم عمودية مدرجة ، وكل منها مزود بمفتاح متحرك لتغيير عتبة Threshold كل وظيفة . وتشمل الآتى من اليمين إلى اليسار .

* مفتاح كف التشويش ART INH ووظيفته إيقاف الجهاز عند صدور إشارات كهربائية من خارج المخ ، مثل شحنات صادرة من عضلات الرقبة أو الفكين أو أى إشارات أخرى غير مرغوب فيها . ويبدأ تدريج هذه الوظيفة من صفر وينتهى بقيمة ١٥٠ ميكروفولت (جزء من مليون من الفولت) ، ونحرك المفتاح فى العادة حتى تدريج ١٠٠ ميكروفولت .

* مفتاح التحكم فى صوت موجات ثيتا VOL ، ويؤدى تحريكه إلى أسفل إلى تخفيض الصوت والعكس بالعكس .

* مفتاح تحديد عتبة ثيتا THR THETA وهو مدرج من (صفر إلى ١٠٠ ميكروفولت) . ونستطيع عن طريقه تحديد قيمة جهد موجات ثيتا التى نسمح للجهاز بالتقاطها وتحويلها إلى صوت مسموع .

* مفتاح تحديد عتبة ألفا THR ALPHA ثم مفتاح تحديد عتبة بيتا THR BETA وينطبق على كل منها ما ذكرناه عن موجات ثيتا .

٣- مدخول الجهاز INPUT : فيشة تدخل فيها رأس متصلة بالأقطاب التى نوصلها بالمتدرب ، والتى تنقل موجات المخ الكهربائية إلى الجهاز .

٤- فيشة يدخل فيها رأس متصل بالسماعتين اللتين يضعهما المتدرب على أذنيه لسماع الأصوات الصادرة من الجهاز PHONES .

٥- العداد METER وهو على شكل نافذة مستطيلة بداخلها مؤشر ومدرجة من (صفر إلى ١٠٠ ميكروفولت) ، ويستخدم لقراءة جهد البطارية كما ذكرنا من قبل ولقراءة جهد موجات المخ التى نختارها .

٦- مفتاح اختيار الموجات التى يسجل العداد جهدها الكهربى METER SELECT : ويوجد فى الركن الأيسر بالجزء الأسفل من الجهاز ، وعليه ٣ تدريجات : EEG, B, A, T ويعنى EEG اختيار كل الموجات ، وB اختيار موجات بيتا ، وA اختيار موجات ألفا ، وT اختيار موجات ثيتا .

٧- مفتاح ضبط الوقت ووظائف الزمن Timer and time functions : ويوجد فى أعلى الجهاز ، ويتكون من الآتى :

* مفتاح لاختيار الموجة التى نريد قياس وظائفها الزمنية . وعليه ٤ تدريجات . الأول ET ويعنى الزمن الذى استغرقته كل موجة ، أما الثلاث الباقية فترمز إلى موجات بيتا وألفا وثيتا على التوالى .

* مفتاح تشغيل ضابط الوقت START .

* مفتاح إيقاف ضابط الوقت STOP .

* مفتاح تصفير عداد الوقت RESET .

* مفتاح حساب نسبة الزمن المئوية الذى تستغرقه موجة المخ TIME ٪ .

٨- الجزء الخلفى من الجهاز : وعليه فيشة صغيرة توصل بمحول لشحن البطارية ، وأسفلها لمبة صغيرة تضىء ضوءا أحمر عند شحن البطارية ، وتوجد فيشة

أخرى على اليسار يدخل فيها رأس متصل بقطعة معدنية نسميها زرار التعليم ويضغط عليه المتدرب عند شعوره بأى حركة أو تخيل أو انفعال .

خطوات التشغيل

١- إن الجهاز يكبر الإشارات الكهربائية الواردة من المخ بقيمة تعادل ١٠,٠٠٠مثل ، ويسجل ٣ موجات : بيتا التى يبلغ ترددها ١٣ - ٢٦ ذبذبة فى الثانية (هيرتز Hz) ، ألفا وسرعتها ٨ - ١٣ هيرتز ؛ ثيتا وسرعتها ٤ - ٧ هيرتز . ويقوم الجهاز بفصل هذه الموجات عن بعضها وتحويلها من موجات سينية إلى موجات أحادية متوافقة مع تيار البطارية المستمر DC ، ويستطيع المعالج تحديد جهد (ارتفاع) الموجة المعنية التى يريد تسجيلها ، عن طريق المفاتيح التى ذكرناها من قبل ، فإذا كان المطلوب التقاط موجات ألفا التى يزيد جهدها عن ٣٠ ميكروفولت فقط، نحرك المفتاح الخاص بعتبة ألفا إلى ٣٠ فيتجاهل الجهاز موجات ألفا التى تقل عن هذه القيمة .

٢- صف الأقطاب : تستخدم ٣ أقطاب ، أحدها قرص معدنى صغير والاثنان الآخران مشبكان من البلاستيك . وكل منها يتصل بسلك ينتهى برأس ، ندخله فى سلك متصل بفيشة المدخول فى الجزء الأمامى من الجهاز .

٣- نقوم بتنظيف نقطة على الجزء الخلفى من أسفل رأس المتدرب ؛ حيث نتوء عظمى تحدد نقطة على يساره وتعلوه بمسافة ٢ سم تقريبا ونسميها O1 ؛ ثم نضع كلا من القطبين الآخرين على شحمة الأذن اليسرى واليمنى . والملاحظ أن سلكين من الأسلاك المتصلة بالأقطاب صفراء اللون ، وهى الأقطاب النشطة التى تسجل الموجات ، أما السلك الثالث فأسود اللون وهو سلك أرضى يسمح بتسريب الشحنات الزائدة من الجسم . وبعد اختيار المكان ، نزيح الشعر وننظف الجلد بالكحول ثم ندلك الجلد بمعجون منظف ، ونفرك شحمة كل أذن بالمعجون نفسه قبل صف الأقطاب ، ونملأ القطب الدماغى بالمعجون الموصل ونثبته فى مكانه بشريط من الفيلكرو اللاصق . والخلاصة : نوصل القطب الدماغى بسلك أصفر والأذن اليسرى بسلك من اللون نفسه، أما الأذن اليمنى فتوصلها بالسلك الأسود . وينبغى تنظيف وغسل الأقطاب بالماء بعد كل جلسة حتى تختفى بقايا المعجون الموصل . إن إهمال تنظيف الأقطاب يؤدى إلى سرعة تلفها وانخفاض كفاءتها فى توصيل والتقاط الإشارات الكهربائية .

٤- الاختبارات المبدئية :

* صف الأقطاب بالطريقة المذكورة أعلاه .

* توصيل الأقطاب بفيشة المدخول الموجودة على مقدمة الجهاز .

* تحريك مفتاح الوظائف إلى BAT ثم النظر إلى العداد للتأكد من أن البطارية مشحونة (انظر أعلاه) .

وإذا أردنا شحن البطارية ، نحرك مفتاح التشغيل إلى OFF ، ونفصل الأقطاب عن الجهاز .. نوصل سلك المحول بالفيشة الموجودة فى مؤخرة الجهاز ، ونوصل البريزة الخاصة به بمصدر الكهرباء فى الغرفة فيضىء نور أحمر عند بداية الشحن واستمراره . ويظل الضوء مشتعلا حتى تبلغ شحنة البطارية ٩٠ ٪ ثم يأخذ الضوء فى الاشتعال والإطفاء ويستمر كذلك حتى نفصل الشاحن . إلا أنه عند اقتراب الشحن من ١٠٠ ٪ يستمر الضوء مشتعلا لفترة أطول أو فى معظم الوقت ، ويستغرق شحن البطارية حوالى ١٠ ساعات. ويجوز ترك الشاحن موصلا بالجهاز دون حدوث أى تلف بسبب شحن زائد ، وإذا انخفضت شحنة البطارية إلى ٦٠ على العداد قد لا يضىء نور الشاحن الأحمر . وفى هذه الحالة نوصله كالمعتاد ونترك الشحن يمضى ببطء إلى أن يضىء النور الأحمر ، ثم نفصل سلك الشاحن ثم نعيد توصيله فيضىء النور الأحمر ، ويستمر كذلك إلى أن ينطفئ لمدة ١٠ ساعات .

* انظر إلى العداد بعد تحريك المفتاح إلى EEG ، فإذا انحرف المؤشر إلى ١٠٠ ميكروفولت ثم انحرف مرة أخرى وأخذ فى التذبذب بسرعة ، فإن ذلك يعنى وجود خطأ فى توصيل الأقطاب أو وجود تلف فى أسلاكها .

٥- إرجاع موجات المخ :

* حرك مفتاح كف التشويش إلى ١٥٠ ميكروفولت ، وحرك مفاتيح الصوت إلى أسفل ؛ أى إلى حدها الأدنى فى قنوات كل المزجات .

* حرك مفتاح الموجة التى اخترتها إلى أقل درجة ، سيصدر فى هذه الحالة إرجاع صوتى من الجهاز يمثل صوت الموجة التى اخترتها . عدل مفتاح الصوت بحيث يصل إلى درجة مريحة على أذن المتدرب ، اضبط مفاتيح الصوت الأخرى بالطريقة نفسها قبل الانتقال إلى ضبط العتبة الخاصة بكل موجة .

* فى حالة إرجاع موجات بيتا ، اطلب من المتدرب الجلوس وعيناه مفتوحتان ، وأن يفكر فى أى موضوع يختاره، أو أن يقوم بمحاولات طرح أعداد متوالية كطرح ٧ من ٧٩ مع الاستمرار . حرك مفتاح ضبط عتبة بيتا إلى أعلى حتى ينقطع الصوت ، ثم حركه إلى أسفل ببطء إلى أن يصدر الصوت الإرجاعى فى ٤٠٪ من الوقت . إن تحديد العتبة المبدئية لكل موجة ليس إلا البداية ؛ لأننا نقوم بتغييره مع الاستمرار فى التدريب . ويستحسن فى البداية الانتباه إلى مشاعر المتدرب الذاتية وكمية الإرجاع الخاصة بكل موجة. نحرك المفاتيح لمسافات صغيرة ، لا تتعدى كل منها ٣ ميكروفولت إلى أن يشعر المتدرب بالارتياح ، سواء من ناحية الصوت أو من ناحية شعوره الداخلى ؛ إذ إن المطلوب أن يدعم الإرجاع الإحساس الداخلى المريح وألا يخل به أو يطغى عليه فى الوقت نفسه ، وهذا ما نسميه التوصل إلى «العتبة المريحة» ، والذى ينبغى على المعالج تسجيله لاستخدامه فى الجلسات التالية.

إن الهدف من إرجاع موجات المخ تدريب الشخص على التوصل إلى حالة هدوء داخلى، التى تعتمد على الإشارات الصادرة من ذاته بدلا من الاعتماد على الأجهزة ، وهى قدرة لن يكتسبها الشخص إلا من خلال التمرين .

* ونطلب من المتدرب لتحقيق إرجاع ألفا أن يغمض عينيه ويسترخى وألا يفكر فى شىء معين ، بل إننا نطلب منه أن يخلى ذهنه من الأفكار تماما إن استطاع . وعند صدور الصوت من الجهاز ، نحرك مفتاح التحكم فى العتبة إلى أعلى إلى أن يختفى الصوت ، ثم نكرر ما فعلناه من قبل بالنسبة للموجة بيتا مع استمرار المتدرب فى إغماض عينيه أثناء هذه العملية . وهذا الضبط المبدئى يحتاج إلى تعديل مع زيادة تمكن المتدرب .

* وعند القيام بإرجاع ثيتا تحدد عتبة ألفا أولا ، ثم نحرك مفتاح عتبة ثيتا إلى قيمة تعادل ٧٠٪ من قيمة عتبة ألفا . إن ألفا وثيتا تتشابهان من ناحية الارتفاع ، وإن وجدت فروق فردية بين الأشخاص قد تضطرنا إلى تغيير عتبة ثيتا بصورة أكبر . وما قلناه عن عتبة ثيتا ليس إلا بداية ، تحتاج فيما بعد إلى التعديل بعد تمكن المتدرب من استحداث موجات ثيتا .

* يستخدم تحديد عتبة كف التشويش لاستبعاد الإشارات الكهربائية الواردة من خارج المخ (عضلات الرقبة ، الفكين ، وغيرها) لذلك نضبط مفتاح كف

التشويش على قيمة تعادل ضعف أعلى قيمة ، توصلنا إليها على الموجات الثلاثة .. فإذا كانت أعلى عتبة الخاصة بألفا وكانت تساوى ٢٠ ميكروفولت مثلا ، نقوم بضبط عتبة كف التشويش ؛ بحيث تصل قيمتها إلى ٤٠ أو ٥٠ ميكروفولت .

٦- تحصيل بيانات ضابط الوقت :

أ - يقوم المعالج بعد ضبط الجهاز بالشروع فى تشغيل الجزء الخاص بجمع البيانات؛ فيضغط على زر START بعد ضبط مفتاح اختيار SELECT على ET ، فتظهر فى النافذة قيمة الزمن المنصرم بالثوانى منذ بداية تشغيل ضابط الوقت . ولتحديد الزمن المتراكم بالنسبة لموجة معينة ، نضبط مفتاح الاختيار على القناة المطلوبة على حرف B إذا كانت موجات بيتا هى المطلوبة ، أو A بالنسبة لموجات ألفا ، أو T بالنسبة لموجات ثيتا . ويمكننا إيقاف أو تشغيل ضابط الوقت أثناء الجلسة حسب الحاجة بالضغط على زر STOP حتى إعادة التشغيل . ولكن يظل الجهاز محتفظا بالبيانات التى سبق تسجيلها . وفى حالة تجاوز الموجات الصادرة من خارج المخ عتبة التشويش، يتوقف جمع البيانات الخاصة بالزمن إلى أن يضعف التشويش مرة أخرى .

ب- وعندما يريد المعالج إنهاء الجلسة ، يضغط على مفتاح STOP ثم يقوم بقياس نسبة الزمن المئوية ، التى تم أثناءها الإرجاع لكل موجة ، باختيارها عن طريق مفتاح الاختيارات . ويضغط بعد ذلك على زر نسبة الزمن المئوية ويسجل القيمة وعليه قبل كل جلسة تصفير الجهاز بواسطة الزر الخاص بذلك .

جـ- اختبار تحصيل البيانات وضابط الوقت:

* شغل الجهاز .

* اضغط على زر التصفير .

* حرك مفتاح الاختيار إلى ET .. اضغط على زر النسبة المئوية TIME% . يظهر فى النافذة ٥ ، ١٥٣ ٪ ويمثل هذا العدد النسبة المئوية للقيمة المخزونة عند تشغيل الجهاز .

* حرك مفتاح عتبة كف التشويش إلى ١٥٠ ميكروفولت .

* حرك مفاتيح عتبة الموجات الثلاثة إلى أدنى قيمة .

* اضغط على START فيبدأ ضابط الوقت فى العمل .

* اترك ضابط الوقت يعمل لثوان قليلة ثم اضغط على STOP .

* يظهر فى النافذة ١٠٠٪ التى تمثل نسبة الزمن المنصرم المئوية ، وإذا كانت قيمة الزمن المتراكم لكل من الموجات الثلاثة تساوى هذه القيمة نفسها ، وتعتبر قيمة الزمن المنصرم لكل قناة ١٠٠٪ .

* وإذا لم يبدأ ضابط الوقت فى العمل عند تشغيله ، نقوم بتوصيل الأقطاب ببعضها .

إرشادات عامة

أ - **مواصفات الغرفة** : لابد من اختيار مكان مناسب للتدريب يتصف بالهدوء ، وبإضاءة يستطيع المعالج التحكم فيها ، وبعيدة عن محطات توليد الكهرباء والمولدات ، وينبغى أن يتوافر مكان فى الغرفة لطاولة وكرسى مريح وفراش يستطيع المتدرب الاضطجاع عليه .

ب- **التجهيزات** : نحتاج بالإضافة للأجهزة والأقطاب والمعجون الموصل إلى علبة فوط ورقية لمسح المعجون من على رأس المتدرب ، وورق أبيض وقلم لتدوين الملاحظات .

جـ- **وضع المتدرب** : يفضل أن يكون جالساً ومفرود الظهر والرقبة ؛ لأن هذا الوضع يقلل من احتمال اهتزاز عضلات الرقبة والتشويش . لذلك يفضل وضع وسادة صغيرة خلف رقبته شريطة ألا تضغط على القطب الدماغى؛ لما يسببه ذلك من تشويش . وقد يرقد المتدرب على ظهره ، ولكن علينا أن نحترس من تعرض الأقطاب للضغط ، ولا نوصى بصورة عامة بالاستلقاء على الظهر لأنه يشجع على النوم الذى نحرص على تجنبه .

د - **عوامل فسيولوجية** : تتأثر موجات المخ بعوامل عديدة من ضمنها التدخين ، والأدوية ، ووقت التدريب ؛ أى الوقت من النهار الذى يتم فيه ، والإرهاق والراحة. وتؤثر كل تلك العوامل على قدرة المتدرب على التحكم فى موجات المخ .. لذلك يجب تسجيل هذه البيانات فى النموذج الخاص بكل متدرب، وإخضاع الجلسات لظروف ثابتة ومقننة حتى نضمن اتساق التدريب .

آليات التدريب

يعتمد تنظيم جلسة إرجاع موجات المخ على دواعى الاستخدام . فتختلف الجلسات الخاصة بالمدمنين عن الجلسات الخاصة بتعلم التحكم فى الحركة الزائدة أو التدرب على الإبداع .

وفيما يلى تصور عام فيما يتعلق بإرجاع موجات المخ :

١- ضع الأقطاب على رأس المتدرب فى الأماكن المتفق عليها ، وقم بإجراء اختبارات التشغيل التى سبق ذكرها .

٢- حدد الموجة أو الموجات التى تريد تدريبه عليها، ثم قم بتشغيل الجهاز للحصول على معلومات أساسية عن الموجة المطلوبة، وعينا المتدرب مغمضتان مع قراءة جهد الموجة على العداد . والبيانات الأساسية هى جهد الموجة قبل جلسة التدريب، وتستغرق هذه العملية حوالى ٣ دقائق .. دون هذه القراءة لتقارنها بقراءة مماثلة ستقوم بقراءتها بعد انتهاء الجلسة .

٣- اشرح للمتدرب خطوات الجلسة .

٤-اطلب من المتدرب إغماض عينيه وحاول زيادة نشاط موجات المخ على القناة التى اخترتها .

٥- أطلب من المتدرب أن يحاول كف النشاط الكهربائى على القناة المعنية .

٦- قد نكرر هذه المحاولات لمدة تتراوح بين ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة للتدرب على التحكم فى الموجات ، أو يقوم المتدرب بتكثيف وكف النشاط الكهربائى بالتبادل على أن تستغرق كل محاولة من دقيقة إلى دقيقتين .

٧- وبمقارنة البيانات الأساسية قبل وبعد الجلسة ، نستطيع معرفة مدى تحكم المتدرب فى جهد الموجات . ويقوم الحاسب الإلكترونى المتصل بالجهاز برسم منحنيات للموجات توفر على المعالج تدوين جزء من هذه البيانات ، وتشكل نسبة الزمن المئوية الذى تم أثناءه الإرجاع مؤشرا آخر على نجاح الجلسة .

إن ضبط القيم العتبية الخاصة بكل موجة ليس إلا البداية ؛ إذ يحتاج ازدياد قدرة المتدرب على التحكم مع توالى التدريب إلى زيادة هذه القيم مع ملاحظة ألا يستغرق صوت الإرجاع أكثر من ٥٠٪ من الوقت . ونحاول أيضا الربط بين القيم العتبية وما يشعر به المتدرب من هدوء واسترخاء ؛ إذ إن التركيز على هذا الجانب الأخير الذى يربط بين صوت الجهاز وحالة المتدرب الذهنية يساعد على استحداث واسترجاع تلك الحالة فيما بعد ودون الاستعانة بالجهاز .

تعديل أنماط رسام المخ الكهربائى

ندرب الأشخاص على الفنيات التالية ، لنساعدهم على إدراك طرق تكثيف نشاط المخ الكهربائى . وقد لا تجدى هذه الفنيات مع كل شخص ، ولكنها وسيلة تساعد المتدرب على اكتشاف طريقته الخاصة للتحكم فى موجات المخ .

١- نشاط المخ الكهربائى المتزامن : نوجه للمتدرب التعليمات التالية «أغمض عينيك وحاول أن تسترخى على قدر المستطاع ... استرخ بالتدريج بادئا بقدميك ... دع ذهنك يسترخى وتجنب التفكير فى شىء معين ... استمر فى إغماض عينيك وركز على أى إحساس داخلى كصوت تنفسك أو إحساس دافئ مريح فى يديك... حاول تجنب الانتباه لأى مؤثرات خارجية» .

٢- كف نشاط المخ الكهربائى «افتح عينيك وتخيل أن شيئا يتحرك أمامك ، ثم أغمض عينيك واستمر فى تخيل الشىء .

٣- الاسترخاء : ويشمل تمارين الاسترخاء المختلفة .

التدريب على موجات إرجاع المخ فى الحياة اليومية : «يحتاج التدريب على إرجاع موجات المخ مثل أى مهارة أخرى كالسباحة أو ركوب الدراجة يحتاج إلى التمرين المنتظم . خصص موعدا معينا للتدريب يوميا والتزم به ، وتذكر أن هذا التدريب يحتاج إلى وقت كأى مهارة أخرى .. ستتمكن بعد تدريك لبعض الوقت من استحداث نمط موجات المخ المطلوب بدون الاستعانة بالجهاز .. إن الهدف الذى يجب أن تسعى إليه هو استحداث ذلك النمط وقتما تريد فى أى مكان .

رابعا : العلاج عن طريق الوخز بالإبر الصينية :*

ما الإبر الصينية :

هى علاج تم تطويره بواسطة الصينين القدماء ، وهذه الإبر تعمل على إثارة نقاط معينة على السطح الخارجى للجلد ، بعد إدخال تلك الإبر وتطبيق بعض تمارين (التدليك) باستعمال الأصابع ، وتوضع الإبر فى أماكن محددة فى الأذن .

كيف تستخدم الإبر الصينية :

لقد اكتشفت الفلسفة الصينية أن ثمة أماكن محددة أو نقاطاً معينة على سطح الجسم لها علاقة بوظائف الجسد الداخلية ، وحسب تقاليدهم الطبية فإن هناك شبكة للطاقة تجرى فى الجسم ، وتصل تلك النقاط بقنوات متعددة ومختلفة ولها علاقة

(*) حصل الباحث على دورة تدريبية فى علاج المدمنين بالابر الصينية . أثناء عمله كأخصائى نفسى فى إحدى مستشفيات علاج الإدمان .

بوظائف داخلية محددة . وتشكل كافة هذه القنوات شبكة لها طاقة دورانية تدعى (كيو I) تتحرك كتيار كهربائى ، كما أن دوران الطاقة له القوة المناسبة والاتزان وغير مغلقة ، ويستمر الجسم فى أداء وظائفه بشكل طبيعى ، وأن المرض أو الاضطراب يخلق حالة من عدم توازن هذا النظام ؛ ولذلك تضعف الإشارات أو تكون قوية جدا أو متعارضة أى غير متناسقة أو أن الإشارات (أو الطاقة) لا تتحرك فى مجراها الطبيعى ؛ لذلك فإن الإبر الصينية هى الطريقة التى يتم من خلالها عمل تعديلات متوازنة فى هذا النوع من النظام الدورانى الكهربى . وفى حياتنا اليومية نحاول إيجاد توازن بين أنفسنا الهادئة الساكنة (بن) وبين نفسنا النشطة الصاخبة (يان) .

الآلام التى تعالجها الإبر الصينية :

تصلح الإبر الصينية فى علاج الأوجاع التالية :

- آلام الظهر .
- التهاب المفاصل .
- آلام الرأس النصفى .
- تفيد فى حالات علاج الأعراض الانسحابية من المخدرات : كالهيروين المورفين، الكحوليات ، الكوكايين ، الامفتيامين ، الديازيبام ، الأفيون .

من أى شىء تصنع الإبر الصينية :

تستعمل إبر ناعمة جدا ، ومرنة ، ومصنوعة من الفولاذ الذى لا يصدأ ، أو تصنع من الفضة ، وليس هناك شىء خاص بالإبرة ؛ لأنها أداة تستعمل لموازنة طاقة الجسم ويمكن أن تسبب ألما قليلا جدا عند إدخالها بالجد إلا أنه مع الاسترخاء تبدأ الإبر الصينية تؤدى عملها ، عن طريق إحداث توازن فى الطاقة الموزعة على مناطق الجسم المختلفة ، وبالتالى (تنشط) التوازن فى الطاقة فى هذا الجزء من الجسم (الذى تم فيه غرس الإبرة) وبالتالى تتحسن الوظيفة .

هل الإبر الصينية علاج مضمون؟

الشىء الذى لا يمكن إنكاره أن الصينيين قد استعملوها منذ خمسة آلاف عام ، ولاتزال تستعمل – حتى الآن – كعلاج يقبل عليها (ربع) سكان العالم – أى الصينيين، مقارنة بما يربو عن الخمسين عاما فى الطب الغربى ... كما أنه لامانع من استخدام وسائل متعددة وصولا إلى علاج لما نعانى منه .

كيفية استخدام الإبر الصينية :

أ - تنظف الأذن جيدا قبل استعمال الإبر .

ب- لامانع من أن يتم التنظيف بواسطة مسحات كحولية للقضاء على البكتريا.

جـ- بعد ذلك يتم إدخال الإبر فى كلتا الأذنين بشرط أن تتسطح (أى لا توضع الإبر بشكل عمودى مع الأذن) .

د - ضع يديك بجانب جسدك .

هـ- حاول أثناء ذلك أن تسترخى (عضليا وتنفسيا) .

و - تنفس بعمق وهدوء .

ز - استمر فى هذا الوضع لمدة (٣٠) دقيقة حتى تحصل على أفضل النتائج .

ح - حاول أن تركز فى حالة الهدوء التى تشعر بها الآن .

ط - يجب - على الأقل - أن تستمر فى العلاج بالإبر الصينية لمدة (١٥) جلسة أو أكثر إن احتاج الأمر لذلك .

ى - تعطى جلسات العلاج بالإبر لمدة (٣) أيام أسبوعياً .

ك - يقوم المريض بعد نصف ساعة بإخراج الإبر وإتلافها عند الانتهاء من المعالجة، ويعنى هذا أن الإبر لا يمكن أن تستخدم لأكثر من مرة .

ما النتائج التى تترتب على العلاج بالإبر الصينية ؟

فى الواقع لا توجد دراسة ميدانية حتى الآن قد درست النتائج التى يستشعرها الشخص عقب الانتهاء من جلسة العلاج بالإبر الصينية ، وإن كانت الخبرة من خلال استخدام هذا النوع من العلاج من كثير من المرضى قد أوضحت الآتى :

١ - أن هذا النوع من العلاج لا يصلح مع كافة الحالات ؛ خاصة تلك الحالات التى تعانى من درجة كبيرة من اضطرابات القلق أو الاكتئاب .

٢- أن عنصر الإيحاء يلعب دوراً كبيراً فى تحسن أو عدم تحسن الفرد .

٣- أن هذا النوع من العلاج يتطلب من المريض / المدمن أن يكون مدرباً من قبل - على الاسترخاء بشقيه العضلى والتنفسى .

٤- أن هذا النوع من العلاج يحتاج إلى (مثابرة) وقدرة من الشخص على عدم الحراك لمدة نصف ساعة على الأقل ، إضافة إلى قدرته على السيطرة على انفعالاته وأفكاره .

٥- أن هناك فروقاً فردية فى درجة تقبل أو عدم تقبل الفرد لهذا النوع من العلاج .

.. وهكذا نرى أن المجال العلاجي للمدمنين يتسع ليضم فى جنباته كافة الاجتهادات والتى تساهم - كلها أو بعضها - فى تخفيف الآلام ، وتعديل سلوكيات الفرد إلى الأفضل .

خامسا : العلاج بالعمل في مرحلة إعادة التأهيل

تكوين الفريق العلاجى :

يتكون الفريق العلاجى لإعادة التأهيل من :

١- طبيب أخصائى فى إعادة التأهيل .

٢- طبيب أخصائى نفسى .

٣- أخصائى اجتماعى .

٤- ممرض .

٥- أخصائى نفسى .

٦- فنى علاج بالعمل .

٧- فنى علاج أنشطة .

مقومات العلاج :

١- روح الجماعة .

٢- التدخل السريع والمستمر والمنظم .

٣- الاهتمام بالمريض والعائلة .

علاج بعض المشاكل الروماتيزمية فى مرض الإدمان

طرق علاج الألم :

١- علاج بالعقاقير .

٢- الراحة .

٣- الجبائر .

٤- التسخين أو التبريد .

٥- الاسترخاء .

٦- التمرينات الرياضية .

٧- التنبيه الكهربى عن طريق الجلد .

٨- البيوفيدباك (الاسترجاع الحيوى) .

علاج الروماتيزم غير المفصلى:

١- تعليم المريض وإخباره عن حقيقة المرض ودور المريض فى العلاج .

٢- تجنب عوامل التوتر .

٣- الاسترخاء .

٤- التمرينات الرياضية الخفيفة .

٥- المساعدة على النوم (الأدوية المضادة للاكتئاب) .

٦- تحسين الصحة العامة واللياقة البدنية .

علاج هشاشة العظام :

١- تعليم المريض .

٢- تجنب عوامل الخطر ، مثل : المشى – الجرى – الرقص الشعبى أو الإيقاعى .

٣- تمرينات رياضية ، مثل : المشى – الجرى – الرقص الشعبى أو الإيقاع .

٤- الغذاء المتكامل السليم (الكالسيوم) .

٥- العقاقير مثل ،فيتامين د ، ،كالسيتونين، فلوريد .

تجنب عوامل فقد الطاقة :

١- الألم .

٢- الأنيميا (فقر الدم) .

٣- الاكتئاب .

٤- قلة النوم أو كثرة النوم .

٥- ضعف العضلات .

٦- العقاقير .

٧- أسباب أخرى .

التمرينات الرياضية :

إرشادات عامة :

١- التشجيع على ممارسة حياة حافلة بالنشاط .

٢- التشجيع على ممارسة الرياضة مثل الجرى والمشى والسباحة والرياضة تحت الماء.

٣- تجنب العوامل المؤثرة على تشوهات المفاصل أو العمود الفقرى .

إعادة التأهيل بالنسبة للناحية النفسية والمهنية وتعليم المرضي المدمنين :

عملية التقييم :

كما سبق أن علمنا أن التقييم لابد أن يقوم به كافة أفراد الفريق العلاجى ؛ حيث إن كل فرد من الفريق العلاجي يمتلك خبراته الخاصة ، ولابد من تسجيل كافة المعلومات ليشارك فيها كافة أفراد الفريق عن التقييم يراعى المريض وعائلته ؛ حيث إن العلاقات المتبادلة داخل الأسرة تكون ركناً مهماً فى عملية المواجهة مع الإدمان، مع تقييم كافة النواحى للحياة اليومية وتشمل المسئوليات الوظيفية والشخصية والاجتماعية والمنزلية.

التقييم النفسى :

يشمل الصعوبات النفسية وكيفية المواجهة وسياستها وكذلك إدراك الذات وأيضا التوقيعات ، باستخدام كافة وسائل التقييم الإكلينيكية والأجهزة القياسية .

تقييم صورة الذات :

إن العوامل المؤثرة على صورة الذات تشمل :

أ – الخوف من فقدان الاستقلالية حيث يصبح المدمن عالة على أسرته والمجتمع.

ب– الشعور بالاختلاف عن الآخرين .

جـ– فقدان الإدراك بأنه شخص سليم .

د – فقدان إمكانة تحديد الأهداف فى المستقبل .

العجز المكتسب :

هى كلمة تعبر عن النظرية المقترحة كمثال لفهم العوامل النفسية للمدمن تجاه مرضه .

.... تقول النظرية (إن المدمن عند تعلمه أو اعتقاده بأنه لا يوجد أى عمل يستطيع إخراجه من مشكلته ، تتولد عنه نواحى نقص أو عيوب فى المشاعر والدافع والإدراك والسلوك نتيجة هذا العجز المكتسب) .

ينتج عن هذا العجز المكتسب كما قلنا العيوب ، مثل :

أ – عيوب فى المشاعر والعواطف ، مثل : الخوف والتوتر والاكتئاب ، اضطراب فى النوم فقدان الثقة بالنفس .

ب– عيوب فى الدوافع ، مثل : الابتعاد عن الاشتراك فى أنشطة الحياة اليومية المختلفة.

جـ– عيوب فى الإدراك ، مثل : فقدان المحاولة لتكوين سلوك جديد للمجابهة ومواجهة الإدمان .

الإرشاد النفسى الاجتماعى

القيام بالتوجيه والتعليم لمعرفة إمكانة إضافة وزيادة النواحى التعليمية لتغيير مهنة المريض إذا لزم الأمر .

وقبل استخدام الوسائل والاختبارات القياسية ، لابد من المقابلة الشخصية عند التقييم بواسطة مرشد متدرب متخصص فى مجال الإدمان .

العلاج بالحرارة :

١– التسخين : أكثر الطرق شيوعا هى أخذ حمام دافىء بالمنزل . الطرق الأخرى

تشتمل الكمدات الساخنة والشمع ، ويساعد التسخين على تسكين الألم وارتخاء العضلات .

٢- التبريد : مثلا باستخدام الرش بعقار فلورميثان أو كمادات الثلج ، يساعد التبريد على تسكين الألم وارتخاء العضلات .

التقييم المهنى أو الوظيفى

يشمل عديداً من الاختبارات ، ويبدأ بتسجيل التاريخ الوظيفى الذى يشمل :

أ - حضور وغياب المريض فى عمله .

ب- مدى ومستوى المهارة .

جـ- وجود مهارات خاصة .

د - أهداف الوظيفة ومدى تحقيقها .

ويمتد التقييم ليشمل :

١- القدرات الوظيفية .

٢- جو العمل .

٣- الاستعدادات المهنية .

٤- التحمل الجسمانى .

٥- الإنجازات التعليمية .

٦- بنود أخرى .

الإرشاد النفسى :

الأهـــــداف :

١- المحافظة على احترام الذات والثقة بالنفس .

٢- تجنب عوامل التوتر النفسى .

٣- تشجيع أسلوب وسياسة المواجهة .

٤- التدريب على تحمل المسئولية تجاه الاهتمام بالصحة العامة .

العلاج النفسى الاجتماعى

١- الإرشاد الفردى : أكثر الطرق شيوعا لتحديد المشاكل وإيجاد الحلول وتكوين قدرات لدى المدمن لحل مشاكله واتخاذ القرار بنفسه ، وتحسين وتطوير الصحة العقلية والجسدية للمدمن .

لابد للمرشد من تهيئة جو من الثقة والأمان لدى المريض ؛ حتى يتمكن من إظهار مشاكله .

٢- الإرشاد العائلى : هناك مميزات فريدة لوضع المدمن داخل أسرته .. فى أن هذا الإرشاد يساعد على تحديد دور ووظيفة كل فرد من الأسرة ، كما يساعد على تحديد مكان المريض داخل المجموعة .

٣- الإرشاد الجماعى : مفيد جدا خصوصا فى حالة الأشخاص الذين لديهم مشكلة مشتركة . يقوم المرشد وهو شخص متدرب ومثقف فى الإدمان بدور المرجع والنشط أو المستمع لهذه المجموعة .

ولابد من خلق جو لطيف مريح عند عقد الجلسات لإمكانة إظهار التفاعلات بين الحاضرين .

الإرشاد المهنى

الأهداف :

١- تقييم المهارات .

٢- التخطيط للوظيفة .

٣- اكتشاف مجالات العمالة .

٤- تعرف المهارات المطلوبة للوظيفة .

ويساعد الإرشاد المهنى المدمن على اكتساب مهارات تمكنه من الدخول فى سوق العمالة .. يقوم المرشد المهنى باستخدام وسائل وأجهزة عديدة لأفكار اختبار الوظائف والفرص الوظيفية المناسبة للمدمن ، ولابد من الربط بين اختبار المريض ونوع المهنة وقدراته الجسدية والتعليمية .

ومن الممكن إجراء أعمال تدريبية داخل أماكن مخصصة للتأهيل المهنى . وبنجاح المريض بتفوق فى هذا العمل التجريبى ، يصبح جاهزاً للدخول فى سوق العمالة.

كما يجب التأكد من أن اختيار عمل التأهيل المدمنين وأحيانا تغير المهنة يعتبر من الأمور الحيوية والضرورية .

العملية التعليمية

إن العاملين فى مجال علاج الإدمان يعلمون جيدا أهمية تعليم وتثقيف المريض وتوعيته كخطوة أساسية فى علاج الإدمان .

أهداف تثقيف وتعليم المريض

١- ليتعلم تصريف أموره على أساس من المعرفة .

٢- يتعرف مدى احتياجه للمساعدة .

٣- ليستخدم أفراد الفريق العلاجى بالطريقة السليمة .

٤- ليستفيد من المراجع الموجودة فى المجتمع بالطريقة السليمة .

٥- ليعيش حياته بطريقة طبيعية .

ويجب أن نعلم أنه بتوعية المدمن وتعليمه، يصبح متشوقًا للمعرفة وطلب المساعدة .

أركان عملية تعليم المريض :

١- تعرف استعداد المريض للتعلم .

٢- تقييم المعرفة والمعتقدات والأهداف لدى المريض .

٣- تعرف التعليم كعملية مستمرة .

٤- تقوية التعليم من خلال التكرار .

٥- لابد من إعادة التقييم أثناء العملية التعليمية ، يجب العلم بأنه لابد من مشاركة كافة أفراد الفريق العلاجى فى عملية التعليم ، التى يجب أن تشمل المريض وأسرته والأشخاص المعنيين .

التعليم يكون إما :

١- منفردا .

٢- أو مجموعة صغيرة .

٣- أو مجموعة كبيرة .

٤- أو على هيئة شعار (اخدم نفسك) .

ويمكن كما هو متبع فى الولايات المتحدة الأمريكية استخدام الرقص الشعبى فى عملية التعليم ؛ حيث يمكن الجمع بين التعليم والرياضة والترفيه .

٥-إحدى الطرق الشائعة فى التعليم هى الندوات والمؤتمرات ، والتى يشارك فيها كافة أفراد الفريق العلاجى ، كما سبق أن ذكرنا أن العملية التعليمية لها أركان، أهمها :

أ- التقييم :

تشتمل تقييم المعلومات والمعتقدات والأهداف ، وتبدأ بتصحيح المعتقدات والأفكار الخاطئة لدى المريض. ومن الأخطاء الشائعة الاعتقاد بأن المريض بالإدمان لفترة طويلة يكون على دراية بمرضه ودراية بالعلاج المناسب لحالته .

ب- تحديد استعداد المريض للتعلم والمعرفة

مع الانتباه بعدم وضع العملية التعليمية بمكان متأخر فى برنامج العلاج .. كما استغلال ما يسمى (باللحظات المناسبة للتعليم) التى يكون فيها المريض متعطشا للتعليم.

جـ- تحديد الأهداف بين المعالج والمريض :

مع ملاحظة أن بعض المرضى يكونوا شغوفين بالتعليم عن الإدمان وعلاجه بالتفصيل ، والبعض الآخر عن تفصيل المعلومات والإرشادات البسيطة .. إلا أنه يلاحظ أن أهداف المريض قابلة للتغيير فى أى وقت أثناء فترة العلاج .

د - العملية التعليمية عملية مستمرة :

من المهم الاستمرار فى العملية التعليمية ، مع إعادة القيم بين الحين والآخر؛ حيث يمكن إضافة معلومات جديدة مع العلم بأن التكرار يقوى ويزيد من التعلم .

هـ- اختيار الطريقة المناسبة للتعليم ، مثل :

١- الكتب .

٢- المذاكرات .

٣- المحاضرات .

٤- الأفلام .

٥- الراديو .

٦- المسجلات .

٧- الفيديو .

٨- المقابلات الشخصية .

و - التكرار :

إن التكرار مع إعادة التقوية من دعائم العملية التعليمية بصفة عامة ؛ خصوصاً فى علاج الإدمان .

ز - إعادة التقيم

إن ملاحظة سلوك المريض هى إحدى طرق إعادة التقيم لمدة استفادته من التعليم ، وكذلك إحدى الطرق لمعرفة احتياج المريض إلى طرق بديلة للعملية التعليمية .

ويلاحظ أنه كلما ازداد المريض فى الثقافة ، زاد استعادته بالثقة بالنفس والاهتمام بحالته ، كما أنه يبدأ فى طرح أسئلة صعبة على الفريق العلاجى ، وأحيانا يطلب مشاركة أطراف أخرى فى العلاج .

سادساً : جماعات المساعدة الذاتية: Self - Help Groups

يوجد عديد من هذه الجماعات ، ولعل من أشهر هذه الجماعات التى كانت موجودة فى المستشفى : **جماعات المدمنون المجهولون-** **Alcoholic Anony -mous (A. A)** ، **المتعافون مجهولو الأسم** **Recovery Anonymous (R. A)** ، **وجماعات الأنون** **Alanon or Al- non Groups** ، وقد سميت هذه الجماعات بأنها (مجهولة) لعدة أسباب ، أهمها : الحفاظ على السرية وحفاظا على أسرار الآخرين (أى الأشخاص الذين ينضمون أو فكروا فى الانضمام إليها) . ولعل خطوات برنامج الاثنتى عشرة خطوة The Twelve steps، والتى سبق لنا الحديث عنها .

وهناك مجموعة من الشروط فى الانضمام إلى هذه الجماعات :

١- قضاء فترة كافية فى العلاج الداخلى فى إحدى المستشفيات المتخصصة فى العلاج الخاص بالمدمنين .

٢- لا يتم الالتحاق بهذه الجماعات إلا بعد الخروج من هذه المؤسسات العلاجية .

٣- أن تكون لديه الدافعية لمواصلة برامج هذه الجماعات ، ولعل أهم - من خلال خبرة الباحث - ما كانت تقوم به هذه الجماعات هو أنها كانت تعقد اجتماعاتها إما فى داخل الأجسام (بعد المرور بخبرة الأعراض الانسحابية) ، أو فى العيادات الخارجية أو فى أى أماكن أخرى يتم الاتفاق عليها ، والشرط الأساسى للانضمام إلى هذه الجماعات أن يظل الشخص فى حالة تعاطى (لأن السقطة أو الانتكاس) تدفع أفراد هذه الجماعات إلى ضرورة إلزام الشخص (الذى انتكس) بضرورة أن (يدخل) المستشفى من جديد .

وهكذا يفتح المجال - على مصراعيه - لأى جهود أو إسهامات لمحاولة أن يظل الشخص محتفظاً بحالة التعافى .

الدراسات العربية فى مجال علاج الإدمان :

سنعرض لعدد من الدراسات ، التى حاولت تقديم نماذج من علاج للإدمان .

يعرض أحمد عكاشة نتائج دراسة ، تكونت من ثلاث مجموعات من مدمنى الهيروين :

المجموعة (أ) عولجت بالعلاج السلوكى الخالص .

المجموعة (ب) عولجت علاجا طبيا خالصا باستخدام النالتركون .

المجموعة (جـ) عولجت بالمزج بين العلاج الطبى والعلاج السلوكى .

والهدف الرئيسى للبحث الإجابة عن هذا التساؤل : أى هذه الأشكال يحقق أفضل نتيجة ؟

وكانت مدة العلاج فى هذا الإطار (٢٩) أسبوعًا ؛ أى ما يزيد قليلا عن ستة شهور .

النتائج :

- أشارت نتائج الدراسة إلى تفوق كل من المجموعتين ، اللتين كان الأفراد فيهما يتناولون النالتركسون .. فقد تفوق هؤلاء على الأفراد المشتركين فى مجموعة العلاج السلوكى فقط .

- لم يوجد فرق فى النتائج النهائية (من حيث درجة الشفاء) بين مجموعة النالتركون ، وهو ما يعنى أنه إذا أعطى (النالتركسون) فإن توقعات التوقف عن تعاطى الهيروين تكون مرتفعة .

- إن العلاج السلوكى كانت له فائدة محققة فى المراحل المبكرة من العلاج ، بما يتيحه للأفراد من درجة الاسترخاء (المصحوب بالشعور بالطمأنينة) ، بالإضافة إلى دعم الشخصية (نتيجة لما تكتسبه من مهارات اجتماعية جديدة) فى مواجهة دوافع اللهفة وفى مواجهة ضغوط البيئة الاجتماعية .

- أيضاً تمت المتابعة لمعظم أفراد التجربة على مدد تتراوح بين (٩) شهور و(١٢) شهرا ، وكشفت عن :

* أن نسبة الشفاء التى تحققت فى كل من المجموعتين اللتين تناول أفرادهما عقار (النالتركون) بلغت حوالى ٥٠٪ .

* لم تتعد ٢٨٪ (نسبة الشفاء) فى حالة المجموعة التى تلقى أفرادها العلاج السلوكى فقط ، دون أن يقترن معه تناول (النالتركسون)

(أحمد عكاشة، ١٩٩٤، ص ص ٢٤٣ – ٢٤٩)

ولعل الدراسة تؤكد حقيقة البحث عن مضادات للأفيون ، تستهدف أساساً مقاومة إدمان الأفيون ومشتقاته داخل النسيج العصبى . وقد كان العلاج (حتى وقت قريب) يتم بإعطاء المدمن كمية قليلة من (الميثادون) وهو نفسه من مشتقات الأفيون. وقد أثبتت الأبحاث أن هذا التعاطى التدريجى يحول المدمن (الناقه) إلى مدمن لهذه المادة ، بل إن الهيروين نفسه اكتشف كجزء من السير فى العلاج الطبى ، على أساس مفهوم البدائل ؛ لعلاج مدمنى المورفين إلى أن تبين فيما بعد أنه يحدث (القهر للتعاطى) ... أما مع عقار النالتركسون .. فنحن نتحرك طبيا على أساس علمى يختلف تماما عن ذلك ... وهو سد الطريق لا تقديم بدائل .

وإذا كانت النتائج تشير إلى التأثير (الرائع) لعقار (النالتركسون) فى الشفاء من التعاطى .. فإن القضية تظل فى (نفسية الشخص) وفى (تفكيره) وكيفية (التحكم) فى شهواته .. لأن الإجراءات الطبية التى تتخذ حيال (المدمن المنوم) تختلف ما بين إعطاء المدمن : مهدئات ... أو منومات أو فيتامينات ، أو حتى تعريضه للصدمات الكهربائية لتخفيض شدة الأعراض الجانبية ، ولتقليل وطأة القلق والاكتئاب المصاحبة لتوقف الشخص عن تناول العقار . ومن الاتجاهات الطبية من لا يمانع فى اللجوء إلى إعطاء المدمن (المنوم) مشتقات الكورتيزون يهدف إعادة بناء المواد البروتينية لجسم هذا المدمن ... إذ إن الإدمان قد صرفه عن الاهتمام بغذائه ، وأنه بسلوكياته المنحرفة قد ساهم فى (هدم) بنيانه الجسدى وأجهزته ... وأن هذه الأدوية يتم سحبها تدريجيا حتى لا يتعرض مريض الإدمان لنوبات صرعية ، أو يقوم المدمن بسلوكيات عدوانية تجاه نفسه ، أو الوحدة العلاجية والقائمين عليها .

ولذا فإن (المبالغة) فى تأثير (النالتركون) لا نوافق عليه .. لأن أى تدخل طبى، بغض النظر عن نوعية أو نوعيات العقار أو العقاقير المستخدمة تكون فى المرحلة الأولى، والهدف منها محدد وهو مساعدة الشخص على أن يمر بأزمة الأعراض الانسحابية بأقل قدر ممكن من الشعور بالألم (مع أن بعض الأطباء يرون ضرورة أن نكبت) تمامًا هذه الخاصية، ونجعل المدمن يشعر ببعض الألم حتى (يتطهر) من هذا الشوق الذى يجلب له (الألم الدائم) واللذة المؤقتة .. إضافة إلى أن عدد العينة لم يتم ذكره فى ثنايا عرض البحث ... وضرورة أيضا متابعة هذه النتائج مع مجموعات إدمانية أخرى .. وما المانع أن تكون مستخدمة لعقار مخدر غير الهيروين .. ثم تتم مقارنة النتائج بعضها بالبعض الآخر .

وفى دراسة قام بها محمد عبد الموجود وعلى مفتاح (١٩٩٥) بهدف تعرف : تأثير العلاج النفسى على الاضطرابات النفسية والسلوكية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٥) مريضًا من المدمنين على الخمر والمخدرات بالمملكة العربية السعودية .. حيث تم تطبيق ثلاثة مقاييس هى :

- مقياس الأعراض الاكتئابية .
- مقياس الأعراض السلوكية .
- قائمة تحليل الصفات والمشاعر .

وقد طبقت هذه المقاييس بعد اجتياز (عينة الدراسة) لفترة الأعراض الانسحابية ثم انتقالهم إلى (أقسام التأهيل ... فى مستشفى متخصص لعلاج الإدمان) وتم استخدام عديد من الأساليب العلاجية التى تنتمى إلى النوع السلوكى والمعرفى .. وكذا تدريب المريض على الاسترخاء بواسطة جهاز (البيوفيدباك) .. وبعد شهر .. أعيد تطبيق الأدوات نفسها (الثلاث السابق ذكرها) على نفس المريض .. وكانت من نتائج الدراسة وجود تحسن كبير وذو دلالة إحصائية على كل المقاييس؛ حيث انخفضت الدرجة (على المقاييس الثلاث) فى المرة الثانية، مما يشير إلى فعالية الأساليب العلاجية السلوكية التى استخدمت .

(Abdel - Mawgoud. & Moftaha, 1995., pp. 31 - 39)

ولعل تعليقنا على هذه الدراسة هو إثبات مدى فاعلية العلاج السلوكى فى تخفيض كثير من الأعراض والانفعالات المزعجة، والتى من الممكن أن تجعل المدمن (يعاود) الانتكاس مرة أخرى .. كما أننا لا يجب أن نعول كثيرا على هذه النتائج لأنها

قد تمت فى فترة تواجد المريض / المدمن بالمستشفى .. بل أيضا متابعته لفترة أطول؛ خاصة إبان تواجد المريض خارج المستشفى وتردده على العيادات الخارجية .

كما أنه ما المانع من (تجريب) أساليب علاجية أخرى (بخلاف الأساليب السلوكية) ... وهذا ما قام به عبدالله عسكر (١٩٩٦) ...حيث قدم دراسة بعنوان : فعالية السيكودراما ولعب الأدوار فى علاج مرضى إدمان الهيروين من نزلاء المستشفيات ، من خلال تطبيق برنامج علاجى على مرضى مستشفى (أمل) الرياض بالمملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠٠) مريض .. واستمرت الدراسة لمدة (ستة أشهر) .. وتم استخدام فنيات العلاج بالسيكودراما .. وتبادل لعب الأدوار .. وأقام هذه العروض (المسرحية) من خلال (مسرح المستشفى) . وقد كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جماعة المدمنين المشاركين وغير المشاركين فى تحسين الحالة الوجدانية والاستبصار وزيادة فعاليات المهارات الاجتماعية ، إضافة إلى تزايد القدرة على التعبير الانفعالى ، وزيادة فاعلية التعبير الجماعى ، وتخفيف حدة مشاعر القلق والاكتئاب والإحساس بالخزى والذنب لدى المشاركين فى البرنامج العلاجى، باستخدام فنيات العلاج بالسيكودراما .

(Asker, 1996)

وتؤكد الدراسة السابقة وجهة نظرنا فى ضرورة (تنوع) الفنيات والوسائل التى تستخدم فى التعامل مع مدمنى المخدرات .. وأن المسألة لا تعنى أبداً (تحبيذ) فنيات أو مدرسة علاجية معينة (والتهليل) لها، وأنها (الطريقة النموذجية والوحيدة) فى التصدى لعلاج الإدمان .. بل إن مسألة علاج الإدمان تتسع لاستيعاب واستدماج على الطرق العلاجية الموجودة وما يستجد منها فى المستقبل .

كما أن إمكانة تطويع بعض البرامج التى كانت مخصصة فى الأصل لعلاج فئة إدمانية ، وتطويع هذا البرنامج وإدخال التعديلات المطلوبة عليه لكى يتناسب وفئة إدمانية أخرى مهم جدا فى هذا الأمر .

وقد قام مدحت أبو زيد (١٩٩٨) ، حيث اقتبس برنامج قد أعده : المعهد القومى للكحوليات واستخدمه لعلاج الأشخاص المعتمدين على النيكوتين .. وقد كان البرنامج فى الأصل يتكون من (٨) جلسات.. ولكن التعديلات التى أدخلها الباحث جعلته يتكون من (١٤) جلسة أساسية .

وقد تكونت عينة الدراسة من أربعة أفراد، سحبوا من العينة الأساسية والبالغ عددهم (١٣٨) ذكراً راشداً مدخناً ... وقد استخدم الباحث أداة واحدة، هى مقياس قلق

التدخين (من إعداد الباحث)؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع القلق والعكس بالعكس .

وفيما يتعلق بالبرنامج العلاجى يتكون البروتوكول الخاص به من :

- المسمى مهارات التأقلم Coping Skills .
- الاتجاه العلاجى : العلاج المعرفى السلوكى .
- هدف البرنامج : المساعدة في تعلم بعض مهارات التأقلم للإقلاع عن التدخين أو خفض معدلات القلق المرتبطة به .
- طبيعة البرنامج : علاج جماعى .
- حجم المراحل العلاجية : عشر مراحل .
- طبيعة الجلسات : مغلقة .
- حجم الجلسات : (١٤) جلسة أساسية و(١٤) إضافية اختيارية أو على الجماعة الاتفاق على اختيار (٤) جلسات فقط من الجلسات الإضافية، بحيث يصبح المطلوب (١٨) جلسة .
- تكرار الجلسات : ثلاث جلسات أسبوعيا .
- مدة الجلسة : ٩٠ دقيقة .
- قيادة الجلسة : المعالج .
- الملاحظون والمعاونون : لا يوجد .
- حجم الجماعة وطبيعتها : ٤ أفراد ذكور متطوعون مدخنون، ممن اتخذوا قرارا بالتوقف عن التدخين منذ بداية الجلسات الجماعية .
- مدة المتابعة : ثمانية أسابيع (مرة كل عشرة أيام) .

وقد كان من أهم نتائج هذا البرنامج العلاجى :

- أن جميع الأفراد المشتركين قد توقفوا عن التدخين طوال فترة البرنامج العلاجى .
- أن المتابعة لمدة شهرين (بعد انتهاء البرنامج) قد أسفرت عن أن شخصا واحدا ظل متعافيا من التدخين، فى حين أن الثلاث أشخاص الباقين قد انتكسوا؛ مما يشير إلى نجاح البرنامج العلاجى بنسبة (٢٥٪) .

- أن البرنامج – بصفة عامة – قد ساعد على خفض القلق .

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨ ، ص ص٢٩٩ – ٣٦٧)

ومما يؤكد ما سبق أن ذكرناه من أن مجال علاج الإدمان ينفتح ليستوعب كافة التيارات العلاجية؛ فنجد دراسة صفاء صديق خريبه عن : مدى فعالية العلاج الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان (١٩٩٨) .. حيث تم استخدام العلاج الجمعى مع مجموعة من المدمنين (لمواد مخدرة مختلفة)، وتم تطبيق بعض الأدوات النفسية قبل الدخول فى البرنامج العلاجى، مثل : استبيان تقدير الشخصية ، وقائمة الأعراض .. ثم متابعة البرنامج العلاجى الجمعى .. وبعد الانتهاء من البرنامج أعيد تطبيق الأداتين نفسيهما، فوجد فروقاً دالة بين مستويات الأعراض النفسية قبل العلاج وبعده؛ مما يشير إلى تحسن دال فى الحالة النفسية للمريض نتيجة مروره بخبرة العلاج الجمعى بالتحليل النفسى، كجزء من برنامج علاجى متكامل فى الأقسام الداخلية والعيادة الخارجية.. إلا أن التحسن فى الأعراض لا يعنى العلاج الكامل الذى يمنع الأسباب النفسية للانتكاسة، والتى تتطلب مواصلة العلاج لفترات طويلة بالالتحاق بجماعات الدعم الذاتى والمراجعة لما لا يقل من عام للعيادات الخارجية.. حتى يستعيد المدمن تقديره لذاته ، ويتحسن أداؤه الاجتماعى، ويستعيد احترام الآخرين ومكانته الاجتماعية والعمل، ويتصالح مع القانون الذى يطارده لارتكابه الأخطاء فى حق نفسه وحقوق الآخرين نتيجة الإدمان .

أيضا أشارت النتائج إلى خفض معدلات الخزى والذنب لدى مرضى الإدمان؛ مما يشير إلى فعالية العلاج الجمعى فى تخفيف مشاعر الذنب والخزى وانخفاض معدلات الاضطرابات الانفعالية .

كما أشارت النتائج إلى ظهور تحسن تدريجى فى مستوى تقدير الذات والثبات الانفعالى والنظرة للحياة، مع خفض معدلات الاكتئاب والوساوس القهرية والحساسية فى العلاقات الشخصية المتبادلة ، وكذا خفض معدلات القلق والأعراض الجسمانية.

(صفاء صديق خريبه، ١٩٩٨)

وبذلك يسير استخدام فنيات العلاج بالتحليل النفسى خطوة أبعد فى تحرر مريض الإدمان من مشاعر الخزى والذنب .. تلك الانفعالات المزعجة، والتى تمثل (محاولة هدمه) فى التعافى .. حيث إن العلاج النفسى الجمعى يهدف فى التعامل مع الجماعات الإدمانية إلى تحقيق الأهداف التالية :

- قبول مرض الإدمان كأمر واقع .
- قبول قصور الذات وبناء الشخصية على ما هو عليه .
- التعامل مع الذنب بشكل يخفف من حدته الانفعالية الخيالية، وتحريره من مستودع الذنب .
- فهم المريض للأشكال المختلفة للمقاومة .
- زيادة مساحة استبصار المريض .
- زيادة مساحة التعامل (بعقلانية) من ميكانيزمات الدفاع، مثل : الانكسار وكسر حدته مما يقود إلى تفهم أكثر للذات .
- كل ما سبق يقود إلى زيادة دافعية المريض المدمن للعلاج والدافعية مهمة جدا فى قبول أو عدم قبول المريض للعلاج .

لمزيد من التفاصيل حول دور العلاج النفسى الجمعى لجماعات المدمنين، انظر:

(محمد حسن غانم ٢٠٠٣) ، (لطفى فطيم ١٩٩٤)

(Golden & Mcavment., 1999., pp. 303 - 314)

إلا أن العلاج النفسى الجمعى له أيضا عديد من المشاكل، التى لابد أن يكون المعالج على وعى بها، وأن يكتشف الأسباب التى تقود إلى عدم مشاركة بعض المرضى من المدمنين فى الجلسات الجماعية ، وهذا ما حاوله مدحت عبد الحميد أبو زيد فى دراسته عن : الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى (١٩٩٨)؛ حيث تكونت العينة من (١٠٢) من معتمدى الهيروين .. تم سحب العينة من مستشفى الأمل لعلاج الاعتماد العقاقيرى والاضطرابات النفسية المتعلقة به بجدة بالمملكة العربية السعودية ، وجميع أفراد العينة من الذكور ، السعوديين ، المعتمدين على الهيروين لمدة ثلاث سنوات متصلة على الأقل .

وتم سحب العينة من الوحدتين (جـ) والعيادات الخارجية ؛ حيث تمثل الوحدة الأولى (جـ) المرضى المنومون بالداخل ، بينما تمثل العيادات الخارجية المرضى المتابعون للعلاج والتأهيل من خارج المستشفى، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين :

- عينة العلاج الخارجى وعددهم (٦٠) مريضاً .

– عينة العلاج الداخلى وعددهم (٤٢) مريضاً .

وتم تطبيق أداة واحدة قام الباحث بإعدادها وهى قائمة مراجعة المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى، والتى تحتوى على (٣٤) مفردة تمثل كل منها مشكلة يجاب عنها.

وقد توصلت الدراسة إلى كثير من النتائج، منها :

– أن معتمدى العقاقير عموماً لا يؤمنون كثيرا بالعلاج النفسى، ويفضلون العلاج العقاقيرى .

– يوجد الكثير من الاتجاهات السالبة نحو الوحدات العلاجية .

– أن مدمنى الأقسام الداخلية كانوا أكثر مقاومة للعلاج النفسى، من هؤلاء المترددين من الخارج .

– وجود إحدى عشرة مشكلة متعلقة بالموقف من العلاج الجماعى، هى :

* مشكلات المخاوف الاجتماعية داخل الجماعة العلاجية .
* مشكلات الاتجاهات السالبة نحو العلاج النفسى الجماعى .
* مشكلات التغذية المرتدة الخاطئة ونقص الدافعية .
* مشكلات الاتجاهات السالبة نحو المؤسسة العلاجية .
* مشكلات ضعف الثقة فى المعالج وفى الجماعة العلاجية .
* مشكلات ضعف المهارات الاجتماعية .
* مشكلات زمن الجلسات العلاجية الجماعية .
* مشكلات الميول المعوقة نحو الجماعة العلاجية .
* مشكلات مقاومة العلاج .
* مشكلات المفاهيم والمعتقدات الخاطئة نحو العلاج النفسى الجماعى .
* مشكلات ضعف الاستعداد للعلاج والمهام العلاجية .

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٠٩ – ٢٩٣)

وفى هذا الإطار قام كاتب هذه السطور بدراسة عن : الدافعية للعلاج لدى المدمنين – دراسة نفسية مقارنة (٢٠٠٠) ؛ حيث إن عديداً من المدمنين يدخل إلى المستشفى ... ويكون الهدف الظاهرى هو أنهم جميعا قد قدموا إلى العلاج .. فهل هذا

هو الواقع فعلا ... أم أن الدافع – أو الدوافع – للدخول المستشفى يتنوع ويختلف من شخص إلى آخر ... ومن أجل الإجابة عن هذا التساؤل ، تم اختيار عينة بطريقة عمدية مكونة من (٨٠) مدمناً جميعهم من الذكور ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين :

- عينة الإدمان السعودية : وتكونت من (٥٠) مدمناً من المترددين للعلاج ، أكثر من ثلاث مرات فى مستشفى لعلاج الإدمان .
- عينة الإدمان المصرية : وتكونت من (٣٠) مدمناً من المترددين للعلاج ، أكثر من ثلاث مرات فى مستشفى حكومى ، ومستشفى خاص لعلاج الإدمان .

وقد تم استخدام عديد من الأدوات، مثل : المقابلة الإكلينيكية المتعمقة ، والملاحظة بالمشاركة ، ثم استبيان لتحديد دوافع المريض القادم للعلاج .

وقد توصلت النتائج إلى تنوع الدوافع لدخول المستشفى (فى العينتين)، وتراوحت ما بين :

- إرضاء الأسرة .
- الأهل أجبرونى .
- الانتكاسة .
- هروب من مشاكل خارج المستشفى .
- للعلاج .
- أريد أن ابدأ حياة جديدة .
- لا أعرف .
- عدم توافر المادة المخدرة .
- محول من العمل .
- أريبى عروق (أريح) .
- محول من شرطة مكافحة المخدرات .
- لم أجد مأوى إلا هنا .

(محمد حسن غانم ٢٠٠٠ ، ص ص ٣١ – ٤٥) .

حيث أوقفتنا الدراسة بصورة واقعية على مدى تنوع الدوافع التى من أجلها

يدخل المدمن المستشفى ... ومن المعروف أنه كلما كان الدافع ينبع من داخل الشخص المدمن لكى يعالج، كلما كانت مشاركته فى البرنامج العلاجى ، والاستفادة مما يقدم من خلاله أفضل والعكس صحيح . ولذا لابد من إجراء عديد من الدراسات التى تدور حول السبل التى يجب أن تتبع لزيادة دافعية المدمن إما لدخول المستشفى، ثم لزيادة فعاليته داخل المستشفى ، ثم لزيادة فعاليته لمتابعة المستشفى عقب خروجه ولمدة عام على الأقل .

وفى هذا الإطار قام محمد حسن غانم (٢٠٠١) بدراسة عن : برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات حيث تكونت عينة الدراسة من حالة إدمان واحدة .. حيث تعاطى حبوباً منشطة ومهدئة ، ثم تناول الكحوليات (هذا من ١٠ سنوات) ومن ثلاث سنوات أدمن الهيروين .

وتم استخدام عديد من الأدوات النفسية، مثل :

- المقابلة الكلينيكية .
- ملاحظة سلوك المريض (سواء داخل المستشفى أو من خلال متابعته فى الوحدة اللاحقة) .
- استمارة تاريخ حياة العميل .
- اختبار تايلور للقلق الصريح .
- اختبار توكيد الذات.
- اختبار بيك للاكتئاب .
- اختبار احتمالية الانتحار .
- جدول المخاوف لولبى .
- اختبار التات .

وتم تطبيق هذه الأدوات قبل استخدام البرنامج العلاجى، وتم تحديد مشاكل المريض فى :

- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة .
- الخجل .
- عدم توكيد الذات .

- اضطرابات جنسية تأخذ شكلين منحرفين، هما :

أ – الجنسية المثلية السلبية .

ب– التعلق الجنسى بالمحارم .

– القلق والتوتر الشديد المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية) .

وتم استخدام برنامج علاجى، يتكون من : بعض فنيات العلاج النفسى التدعيمى ، ثم بعض فنيات العلاج النفسى السلوكى ، ثم فنيات العلاج العقلانى الانفعالى .

وقد استغرق تطبيق البرنامج ما يقارب الأربعة أشهر ... وأعيد تطبيق الأدوات نفسها السابق الإشارة إليها مرة أخرى، فوجدا انخفاضاً ملحوظاً ، وتحسناً ملحوظاً فى تفاعلات ومهارات وعلاقات المريض الاجتماعية .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠١ ، ص ص ٢٧٨ – ٣٠٦) .

تلك كانت بعض الدراسات الميدانية التى حاولت أن تتناول ظاهرة علاج الإدمان ومن زوايا متعددة ... وكلها دراسات قد تمت فى إطار البيئة المصرية والبيئة العربية .. آملين فى إجراء مزيد من الدراسات، التى تهتم بجوانب العلاج والوقاية والتأهيل لمدمنى المخدرات .

الفصل السادس

فى التأهيل النفسى والاجتماعى

- ماالتأهيل .
- التأهيل من مجال إدمان المخدرات .
- التأهيل النفسى والاجتماعى ومايرتبط به من مفاهيم .
- مبادئ التأهيل .
- المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمدمنى المخدرات .
- تساؤلات التأهيل .
- الأهداف الاستراتيجية لبرامج التأهيل .
- الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل .
- مكان التأهيل .
- دور أخصائى التأهيل .
- خطوات التأهيل الاجتماعى .
- مرحلة العلاج والتأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات .
- خطوات إعداد البرنامج التأهيلى لمدمنى المخدرات.
- التأهيل النفسى والاجتماعى من واقع الدراسات الميدانية.
- شهادات واقعية لتجارب التأهيل :

أ - فى مصر ب - فى المملكة العربية السعودية

الفصل السادس

فى التأهيل النفسى والاجتماعى

مقدمة :

على الرغم من أن إجراءات التدخل الطبى والنفسى والاجتماعى وكذا التأهيل تدخل ضمن إجراءات الوقاية من الدرجة الثالثة ، وفقاً لتصنيف لهيئة الصحة العالمية .. إلا أننا فضلنا أن نفرد هذا الفصل للحديث عن التأهيل النفسى واجراءاته لعدة أسباب:

السبب الأول: أن عديداً من الدراسات المختلفة فى مجال تعاطى المواد المخدرة فى مجتمعنا قد وجدت أن الحل الفارماكولوجى ، أو بمعنى آخر التدخل العلاجى بالعقاقير بوصفه إجراءً لاحتواء الإدمان عند المتعاطين- لايمثل فى أقصى صوره- أكثر من ١٠ ٪ من الخدمة العلاجية، وأن التوقف عند هذا الحد يقود إلى الانتكاس.

السبب الثانى: سيادة عديد من الأفكار لدى كثير من الأطباء وكثير من المدمنين، بل وكثير من أفراد المجتمع ، بأن التدخل الطبى ذو تأثير فعال فى علاج الإدمان لسببين:

الأول: التخلص من أعراض الانسحاب الناتجة عن منع الفرد من التعامل مع المواد المخدرة.

الثانى: احتواء أى صور من صور الاضطرابات النفسية أو العقلية الناشئة عن التعامل مع المواد المخدرة.

انظر فى هذا الصدد:

(محى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٣ ، ص١١)

(مصطفى سويف، ١٩٩٦)

(الإستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ١٩٩٢ ، ص٢١٢).

السبب الثالث: أن كثيراً من المدمنين لا يؤمنون بأساليب العلاج النفسى أو التأهيل ، ويعتبرونها نوعا من (التزيد) الذى لا طائل من وراءه..وأن المهم هو

تخليص الجسم من (جحيم) الأعراض الانسحابية..وأن المريض–بعد مرحلة إزالة أعراض الانسحاب ودخوله فى مرحلة العلاج النفسى والتأهيل قد يتساءل:

– هل سيتم تنظيف دمى من الهيروين (أو نوع المخدر الذى يتعاطاه) بالعلاج النفسى؟

– لماذا تجبروننى على العلاج النفسى؟ أنا لست مريضاً بمريض عقلى أو نفسى.. أنا فقط مدمن..أعطونى عقاراً..أو مضادا حتى (لا أشتاق إليه مرة أخرى).

– العلاج النفسى كلام فى كلام ، فكيف سيفيدنى فى التوقف وفى عدم الانتكاس؟

(مدحت أبو زيد، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٦٠-٢٦١).

السبب الرابع: إننا نتفق تماما مع ما أورده محى الدين أحمد حسين (٢٠٠٣) حول حصر عديد من العوامل ، التى تؤكد أن ثقافتنا لا توافق على تأهيل مدمنى المخدرات من خلال الآتى:

١ –أن السياق العام الاجتماعى ينفر من الشخص الذى دخل فى مجال الإدمان..ذلك لأن مفهوم التأهيل يقتضى تعاون كافة أجهزة الدولة ومؤسساتها العامة والخاصة فى سبيل إرساء صيغته المقبولة.

٢ – أن الحديث عن الإدمان وتذكره (إنما يرتبط بمرحلة موسمية)، فإذا انتهى الموسم انتهت الحملات الإعلامية والوعود..إلخ (ولعل الحملة الصحفية التى قادها رئيس تحرير الأهرام فى أواخر الثمانينيات من القرن الماضى) وتحفيز كافة المهتمين بمجال الإدمان خير نموذج على ذلك..ثم وعود الدولة بالتبرع بقطعة أرض وبناء مستشفى متخصص لعلاج الإدمان ، وما يرتبط به من إضطرابات خير نموذج على ذلك..إذ مازلنا حتى الآن لانرى أين هذا المستشفى ، ثم انتهت الحملة الصحفية بتجميع هذه المقالات فى كتاب (كارثة الإدمان) ثم بعد ذلك لا شىء سوى الصمت، وكأننا ننسى اليوم ما سبق أن وعدنا به بالإمس (أو حتى من ساعة!).

وهكذا .. يعدد محى الدين أحمد حسين ويرصد عديداً من المظاهر غير المرضية فى ثقافاتنا للقيام بعملية التأهيل.

(محى الدين أحمد حسين ، ٢٠٠٣ ، ص ص٩١-٩٧) .

وكل ما سبق يدعونا الى الاهتمام بعملية التأهيل حتى:

أ – نزيد الوعى لدى الجميع (وخاصة المسئولين) عن أهمية استخدام العلاج النفسى والتأهيل ؛ لأن ذلك عامل أساسى في (تقويم) الفرد، ورده الى جادة الصواب فى المستوى القريب ، وأيضا البعيد.

ب– أنه من المهم جداً لكثير من الفئات التى خرجت أو أنحرفت عن جادة الصواب (مثل: المدمنين، المجرمين ، المعوقين) إجراء عملية التأهيل النفسى والاجتماعى ؛ وحتى يتوافقوا مرة أخرى مع ذواتهم ومع مجتمعهم.

جـ– أن هذه الفئات التى تحتاج الى تأهيل – وعلى الرغم من قلة عددهم ، إلا أن المجتمع الأكبر لا يجب أن يهمل مثل هذه الفئات، وأن رعاية الأقلية إنما يكون فى صالح الأغلبية (وأن إحدى سواءات المجتمع الامريكى أنه لم يدرك–رغم تقدمه– أنه بإهماله للأقليات وعدم رعايتها ، صارت الأغلبية مهددة وغير آمنة فى حياتها) .

(محى الدين احمد حسين ، ٢٠٠٣ ، ص٩٥)

د – أيضاً نشر الوعى لدى مدمنى المخدرات ولدى ذويهم بأن التأهيل النفسى والاجتماعى مهم جدا للمدمن..وأن التأهيل له شروط ومحاور وفنيات ومتطلبات وأركان..وأن وجود (نقص) فى جانب منها إنما سيؤدى إلى عديد من صور الاضطراب.

ما التأهيل؟

بداية نشير الى عدم الاقتصار على التطبيب Psychiatrization والاهتمام بعملية التأهيل Rehabilitation والذى يسمى أحياناً الساق الرابعة The Fourth Leg للمارسة الطبية ؛ حيث إن السيقان الأخرى ، هى: الوقاية–التشخيص–العلاج ثم (التأهيل) ؛ ولذا فإن التأهيل ليس علاجا (بالمعنى المهنى للعلاج) ، وإن كان يعتبر من معينات العلاج النفسى المهمة لأنه يدخل فى عديد من الجوانب التى تنعكس إيجابيا فى كل جوانب الشخص.

ولذا فإن التأهيل الآن يدخل جميع الجوانب بما فيها الأمراض العقلية حيث يعمل على استعادة قدرة الشخص، وأن يتقبل الشخص حالته الراهنة ، حتى يتوافق الشخص مع ذته (بصورة واقعية وليست مثالية) ومع الآخرين (كما هم لا كما يجب أن يكونوا) ؛ ولذا فإن الحديث عن التأهيل لا يقتصر فقط على فئات المدمنين ، بل يمتد ليشمل جميع الفئات (المصابة) بما فى ذلك المرضى العضويين (خاصة الذين قرر الأطباء بتر بعض أعضائهم) ، وكذا المرضى النفسيين والعقليين ، والذين اقتضت الظروف حجزهم لفترات خلف الأسوار فى المستشفيات النفسية وغيرهم من الفئات.

انظر فى هذا الصدد:

(Kerko FF:et. al., 1992., pp.21-42) &(Berg, 1991., pp.97-111)

وكلمة التأهيل Rehabilitation فى معناها الإنجليزى أثارت عديداً من المناقشات ؛ لأن الكلمة فى أصلها الإنجليزى تبدأ بحرفى R E ومعناها بالعربية: إعادة الشيء الى وضعه الطبيعى، وهذا لا ينطبق على كثير من الحالات (مثل التخلف العقلى كمثال واضح)، ولذلك يفضل استخدام كلمة Habilitation، ولكن غالبا يكون الخطأ الشائع مقبولاً، فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل (**ناظك عفيفى، ١٩٩٣ ، ص ٣٢**) .

وهو ما ناقشه محى الدين أحمد حسين (١٩٩٤) من خلال استعراض لتعريف Ellison Bachhout ، والتى تأثرت فى منحاه بالنموذج الطبى الذى فيه يتحدد الشفاء بعودة المريض إلى حالة سابقة كان عليها قبل بدء المرض، ويتصور أن حالة ما قبل الإصابة بالمرض هى الحالة السوية ، ولا يمكن لهذا النموذج أن ينطبق على الوضع الخاص بظاهرة تعاطى المخدرات؛ إذ يكون الوضع قبل الدخول فى خبرة التعاطى وضعا مهيئاً لهذه الخبرة وممهداً لها، إضافة الى وجود عديد من التصورات الخاطئة التى تضمنها مفهوم إعادة التأهيل ، والذى أرتأى شتراوس ضرورة استبعادها (**محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ص ٢٥٦-٢٥٨**) .

التأهيل فى مجال إدمان المخدرات :

سبق أن أشرنا سريعا -فى الفصل الثاني-الى التأهيل..والآن سنفصل الحديث فى مجال التأهيل ، وتحديداً فى مجال إدمان المخدرات.

وبداية نشير إلى أن هذا المفهوم قد تمت استعارته من العلوم الطبية ؛ ولذا فقد تعرض لعديد من أوجه الفهم الخاطيء، حيث إن عديداً من الممارسين لعملية التأهيل

يرون أنه قاصر على ظروف إكلينيكية محددة، إضافة إلى النظر إلى التأهيل وكأنه مفهوم قاصر على مجال تأهيل الشخص إلى العمل المناسب لإمكاناته الحالية، متغاضيا عن إمكانة مساهمة التأهيل فى تدريب الشخص على عديد من المهارات والأدوار الاجتماعية المختلفة، وأن التأهيل يقدم فقط فى المستشفيات، وهذا مفهوم قاصر لمعنى التأهيل ومحدداته ؛ لأن التأهيل يهتم بجوانب الفرد المختلفة قدر اهتمامه بالسياق الاجتماعى الذى يتواجد فيه الشخص. كما يرى البعض أن التأهيل يأتى كمكمل للأساليب العلاجية المختلفة ، بيد أن الحقيقة أن التأهيل يتواكب مع كافة خطوات العلاجات المختلفة إلى آخر عديد من الأفكار، التى تحتاج إلى إعادة الطرح لتصحيح مسارها

انظر على سبيل المثال:

(Lavender & Howllay., 1988) &(Watts & Bennett., 1991)

(Bearods How & Towell., 1990)

كذلك انظر (لافندر، واتس ٢٠٠٠، ص ص٥٣٥-٥٤٧)

تعريف التأهيل :

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم التأهيل : فيعرف فى معجم العلوم الاجتماعية (١٩٧٥) بأنه مجموعة العمليات أو الأساليب ، التى يقصد بها تقويم أو إعادة الأشخاص المنحرفين أو المجرمين نحو الحياة السوية، كما يقصد به محاولة تربية الشواذ وضعاف العقول أو ذوى العاهات لعلاج نواحى النقص فيهم أو تخفيفها ؛ حتى تتلاءم مع أوجه النشاط التى تناسب حالتهم...(السيد بدوى، ١٩٧٥ ، ص ١٠٨) .

وهذا التعريف وما يحتويه من عناصر يتكرر فى عديد من التعريفات ، التى قدمت لمفهوم التأهيل ، لدرجة تدعونا لتحديد معنى التأهيل المقصود ومنذ البداية ، لعدة أسباب:

الأول: تعدد مجالات التأهيل إذ يوجد: تأهيل نفسى ، وتأهيل تربوي، وتأهيل طبى، وتأهيل إجتماعى ...إلخ.

الثاني: تعدد المفاهيم والتعريفات التى قدمت وفقا للفئة العمرية، ولذا نجد ما يسمى بتأهيل المسنين ، وتأهيل الأطفال ، وتأهيل الشباب ..إلخ.

الثالث: تعدد المفاهيم والتعريفات التى قدمت وفقًا للفئة الكلينيكية المراد تأهيلها؛ ولذا نجد ما يسمى بتأهيل الفصاميين وتأهيل الاكتئابيين وتأهيل الجانحين...إلخ

الرابع: أن الترجمة الإنجليزية لكلمة التأهيل Rehabilitation قد أثارت عديداً من المناقشات لأن بداية الكلمة RE تعنى فى اللغة العربية إعادة الشيء إلى وضعه الطبيعى وهذا لا ينطبق على حالات الضعف العقلى والتعاطى، ولذلك يفضل استخدام كلمة Habilitation ولكن غالباً يكون الخطأ الشائع مقبولاً ، فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل **(ناظك عيسى عفيفى ١٩٩٣ ، ص ٣٢) .**

ذلك لأن هذا المصطلح قد تم صكه فى المجال الطبى ، ثم شاع استخدامه فى عديد من فروع العلوم الإنسانية مثل علم النفس والاجتماع والتربية. ولذا ترى إليسون وباكوت (Backhot & Ellison 1981, P.246) فى إطار إقرانهما بين مفهومى الإصلاح والعلاج ومفهوم إعادة التأهيل، أن إعادة التأهيل تعنى إعادة الشيء أو الأمر إلى حالته الأصيلة وقبل المرض **(من خلال محى الدين حسين، ١٩٩٤، ص٢٥٦) .**

حيث يؤكد هذا التعريف المعنى الشائع عن التأهيل (وفقاً للمفهوم الطبى) ، من حيث النظر إلى الحالة قبل الإصابة بالمرض وكأنها الحالة السوية وحالة ما بعد المرض–أو حتى أثناءه–على أساس أنها الحالة غير السوية . وإذا كان هذا صحيحاً فى المجال الطبى ، فإن الأمر على العكس فى مجال التعاطى ؛ إذ قد تكون الحالة قبل التعاطى مهيئة ودافعة للشخص للوقوع فى مثل هذه الخبرة. وهو ماذهب إليه كابندر **(Kappender, 1996., pp .776-777)** فى موسوعة كورسينى لعلم النفس والعلوم السلوكية ، من خلال تقديم مفهوم عام وشامل لمعنى التأهيل وأهدافه.

وإذا خصصنا الأمر بصورة أكثر تحديداً فى مجال إدمان المخدرات .. فإن مصطفى سويف (١٩٩٦) يري أن إعادة التأهيل هى: «الوصول بالمتعاطى إلى مستوى مقبول من الأداء المهنى ، سواء كان ذلك فى إطار مهنته التى كان يمتهنها من قبل التعاطى ، أو فى إطار مهنة جديدة ، ومن خلال إجراءات الإرشاد المهنى Occupational Counselling وقياس الاستعدادات المهنية Occupational Aptitudes والتوجيه المهنى Occupational Guidance والتدريب Training **(مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص ٢٣١-٢٣٢) .**

وإذا كنا نتفق مع ما أورده سويف من حيث الاهتمام بالعمل .. إلا أننا نرى أن إعادة تأهيل الشخص فيما يتعلق بالعمل هو أحد جوانب إعادة التأهيل لمتعاطى المخدرات. وليست كل الجوانب؛ لأن التعاطى يكون قد أكسب الشخص المتعاطى

عديداً من السلوكيات الخاطئة ، وأن من أحد أهداف عملية إعادة التأهيل دحض السلوكيات الخاطئة والمرتبطة بالتعاطى، وملء الفراغ بسلوكيات جديدة، وهذا ما أورده محى الدين أحمد حسين (١٩٩٤) ، من أن إعادة التأهيل لمتعاطى المخدرات تهدف إلى: «إرساء دعائم الشعور بالهوية الذاتية، والشعور بفاعلية الذات فى مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبدنية، ويكتسب هذا الهدف أهمية خاصة بالنسبة لتأهيل متعاطى المخدرات ، من حيث كونه يحدد ويساهم فيما يلى:

- إمكانة المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطى.
- إمكانة التبنى الصارم لآليات المواجهة الإيجابية لمشكلات الحياة اليومية.
- إنماء المهارات اللازمة لممارسة الدور الطبيعى فى الحياة ، دون الاعتماد على المخدر.
- تشكيل قوى المقاومة لبعض السمات النوعية التى تسم متعاطى المخدرات، مثل: افتقاد الهمة، وعدم الرغبة فى بذل الجهد، وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الذات أو تجاه الآخرين. والتحرك بآليات الرغبة العاجلة والأندفاع وعدم الاندفاع عند اتخاذ القرارات المهمة والسلبية، وضعف الثقة بالذات والتوجه بمعايير الضبط الخارجى ....الخ (محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤، ص ص ٢٥٩-٢٦١).

ونرى أن هذا التعريف هو أقرب إلى الفهم للإستراتيجيات والاجراءات ، والأهداف التى يجب أن يسعى إليها التأهيل (الحق) فى مجال متعاطى المخدرات.

٢-التأهيل النفسي والاجتماعي لمدمني المدخرات وما يرتبط به من مفاهيم:

يرتبط التأهيل بعديد من المفاهيم ، نذكر منها:

التأهيل المهنى Vocational Rehabilitation :

ويقصد به أن الشخص قد يصاب بنوع من العجز يقعده عن الاستمرار فى العمل الذى يعمل به، أو يقعده عن العمل والإنتاج بصفة عامة ، إذا كان قد أصيب به قبل العمل. وفى كلتا الحالتين يحتاج العاجز الى عملية تأهيل مهنى ، تتضمن فى جوهرها إعادة قدرته إلى العمل والإنتاج ، بحيث ترفع عنه حالة العجز وتلغيها أو تكسبه القدرة على العمل والإنتاج إذا كان مصاباً بالعجز قبل أن يصل إلى مرحلة العمل. ولاشك أن هذا له مردود إيجابى على الشخص ومجتمعه (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣ ، ص١٦٠) .

ولاشك أن متعاطى المخدرات قد يحتاج-بل يحتاج بالفعل-إلى عملية التأهيل المهنى؛ لأن فترة التعاطى تكون قد أدت إلى تدهور قدراته، بل ويكون قد تم فصله من العمل فى الغالب .

الإرشاد المهنى Vocational Counseling:

يشير مصطلح الإرشاد إلى العلاقة التى تنشأ بين شخصين يحاول أحدهما (المرشد) إلى مساعدة الآخر (المسترشد) على أن يفهم المشكلات الخاصة بتوافقه ، وأن يحلها، وعلى هذا النحو يتحدد مجال التوافق فى سياقنا الراهن بأنه التوافق المهنى Vocational Adjustment

ويضم المصطلح مساحة واسعة من الإجراءات، تمتد من تقديم المشورة إلى تقديم المعلومة ، وكل ذلك يدور حول مقتضيات العمل بوجه عام بما فى ذلك اختيار الوظيفة الملائمة ، مع الأخذ فى الاعتبار وضع الشخص المتعاطى للمخدرات (سابقا) والأحوال السائدة فى سوق العمل (**لجنة المستشارين العلميين،١٩٩٢ ، ص ص ٢٤٦-٢٤٧**) .

التوجيه المهنى Vocational Guidance:

وهو العملية التى يتم بها اختيار أنسب عمل لفرد معين، ومن ثم تكون مهمة التوجيه المهنى هى معرفة أنسب الأعمال للفرد وتوجيهه إليها ونصحه بالعمل فيها. ويتم التوجيه المهنى بكل عمل بناء على تحليل الأعمال ، التى يمكن التوجه إليها لمعرفة ما يتطلبه كل منها من استعدادات عقلية ومعرفية ومن خصائص شخصية، هذا من جانب، وتحليل الفرد-وطالب التوجيه لقياس استعداداته وخصائصه المختلفة من جانب ثان، ثم توجيهه إلى العمل الذى يتناسب فى متطلباته مع خصائص هذا الفرد (**فرج طه وآخرون ١٩٩٣ ، ص٢٦١**) . ولاشك أن المتعاطى بعد المرور بخبرة التعاطى يحتاج إلى إعادة توجيه مهنى ؛ وفقا لقدرته الحالية وما يتناسب معها من (عمل) يتفق ووضعه الراهن.

التدريب Training:

وهو تعلم منظم ومحدد ومبرمج لإكساب المتدرب عادات ومهارات وقدرات على أداء عمل معين، أو رفع كفاءته فيه، ويتم عادة فى مؤسسات أو مراكز خاصة للتدريب، كما تحدد له عادة دورات تدريبية ، تستغرق كل منها وقتًا محددًا وفق شروط محددة (**فرج طه وآخرون ١٩٩٣ ، ص١٩٠**) .

إلا أن المتعاطى الناقه سوف يجد عديداً من الثغرات والعيوب فى رصيده من الاستعدادات المهنية ، وهو ما سوف يساعده على أن يعيد اكتساب وصقل مجموعة المهارات التى تستلزمها الوظيفة (سواء التى كان يعمل بها من قبل أو بعد تدريبه على الالتحاق بوظيفة جديدة تتفق مع إمكاناته الحالية) ، يضاف إلى ذلك كون الشخص يجرى تدريبه فى موقف العمل نفسه، فذلك من شأنه أن يمكنه من اكتساب قدر كبير من مهارات إضافية..ومن الجدير بالذكر أن تكريس فترة محددة لمثل هذا التدريب قبل اتخاذ قرار نهائى بتسكين المتعاطى الناقه فى هذه الوظيفة أو تلك ، يستحق أن ينظر إليه على أساس أنه مدخل صحى للولوج منه لإعادة تقديم الشخص إلى العمل المنتج (**لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢ ، ص ص ٢٤٨-٢٤٩**) .

إعادة الاستيعاب الاجتماعى Social Reintegration:

حيث يكون التعاطى قد أكسب الشخص عديداً من أشكال وصور التدهور الاجتماعى ، بل وجعله متحللاً من كثير من مسئولياته الاجتماعية ، والذى يصفه مصطفى سويف بظاهرة الخلع Dislocation، ولذا يكون الهدف من إعادة الاستيعاب أو الدمج الاجتماعى هو إعادة تطبيع المتعاطى للمخدرات (الناقة) بحيث يعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية والتى كان يؤديها قبل تعاطيه أو ما يقرب من ذلك (**مصطفى سويف،١٩٩٦ ، ص ص٢٣٣-٢٣٤**) .

بل إن وصل المتعاطى بالسياق الاجتماعى لابد أن يتم على نحو يراه السياق الاجتماعى ملائماً. هذا جانب، وعلى نحو يحول بين الفرد والانتكاس من جديد إلى عالم المخدرات، وهذا جانب آخر (**محى الدين حسين، ١٩٩٤ ، ص٢٦٢**) ، بل لابد أن يهتم القائمون بعملية التأهيل فى أخذ السياق الاجتماعى فى الاعتبار، وما إذا كان يسير أو يعوق إعادة التأهيل بصورة واضحة، وهنا لابد من ضرورة الاهتمام بثلاثة جوانب ، هى: البيئة الفيزيقية ، ونظم الإدارة المتبناة، والاتصال بالأفراد خارج نطاق المؤسسة التى يعيش فيها المتعاطى (**Lavender., 1985**) ، (**Leiper et al., 1992., a, b**) .

الانتكـــاس Relapse:

يهدف إعادة التأهيل فى جانب منه إلى منع وقوع الشخص فى الانتكاس والعودة الى تعاطى المخدرات مرة أخرى، وأن يظل الشخص محافظاً على حالة (التعافى) ، بل إن عدم المرور بتجربة التأهيل-كما سبق وأشرنا-يقود إلى فعل الانتكاس.

ويشير مصطلح الانتكاس إلى الفشل فى المحافظة على نمط التغيرات ، الذى

طرأ على السلوك ، ولا تشير الانتكاسة فقط الى الحدث الذى تم من خلاله تم التعاطى وعدم الالتزام بقواعد التعافى، وإنما أيضاً (تجاهل) مجموعة العلامات المنذرة ، والتى تظهر قبل أو قبيل وقوع الشخص المتعاطى فى فعل التعاطى ، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بفعل اللهفة والاشتياق Cravingمن داخل الشخص المتعافى (Daly, D.C & Marylatt, A. 1992., p. 533)

ومن هنا فإن جانباً مهماً من جوانب البرامج العلاجية والتأهيلية يهدف فى المقام الأول إلى منع وقوع المتعافى فى الانتكاسة ، من خلال:

- تدريب الفرد على تعرف علامات الانتكاسة Cues .
- التدريب على مواجهة الثقة (الزائدة) فى النفس أثناء التعافى ، كأن يقول المتعافى لنفسه: كأس واحدة لن تضر.
- ضرورة أن نفرق بين مصطلحى الانتكاسة Relapse والسقطة أوالنكسة Lapse ؛ حيث يشير المصطلح الأخير إلى أن يأخذ جرعة أو كأساً من المخدرات فقط ، ويسارع إلى المستشفى للعلاج فى حين أن المصطلح الأول (الانتكاسة) يشير إلى الاستمرار فى التعاطى بل وبصورة كثيفة.

انظر :

(محمود رشاد ١٩٩٦ ، ص٧٥) .

(ماجدة حسين محمود ١٩٩١ ، ص ص١٢٥-١٤٥) .

(Marsha M. linehan., 1999., pp. 367 - 394)

الاشــــتياق Craving:

لعل من أهداف إعادة التأهيل أيضا هو عدم إثارة أية مشاعر (إيجابية أو سلبية) تكون قد ارتبطت فى ذهن الفرد بعملية الاشتياق إلى المخدر. وقد استخدم هذا المصطلح فى البداية للإشارة إلى عديد من أنواع الحوافز القوية ، والتى ارتبطت فى ذهن المتعاطى الذى يتعاطى الهيروين، وخاصة تلك العلامات التى تظهر إبان مرور الفرد بخبرة الاعراض الانسحابية .. إلا أن هذا المصطلح (الاشتياق) قد تم استخدامه بصورة أكثر شمولاً واتساعاً ليشير إلى اللهفة القوية فى تعاطى أية مادة مخدرة .(Bauer,1., 1992., p.52)

ومن هنا .. فإن عملية التأهيل تهدف ضمن ما تهدف إلى الوصول بالفرد (المتعاطى الناقه) إلى التحكم فى النفس وعدم الخضوع لتعاطى المخدر أو الاشتياق

لأى مثيرات قد تقوده إلى التعاطى وبالتالى إلى الإنتكاسة ، والتى تعد بدورها من أهم مؤشرات فشل عملية إعادة التأهيل.

المتابعة Follow Up:

حيث تستند المتابعة إلى حقيقة مؤداها ضرورة أن ندخل دائماً فى بنية برامج التأهيل ومنذ البدء فى تكوينها ما يسمح بإجراءات المتابعة، وفى هذه الحالة يجب أن يحتوى سجل المتابعة على ثلاثة عناصر ، هى:

الاستمرار continuity أى مواظبة الشخص على الحضور إلى مقر العمل أو التأهيل بانتظام وهذا عكس الغياب، والامتثال Compliance والذى يقصد به اتباع الشخص لمجموعة القواعد الأساسية (الرسمية وغير الرسمية) والتى تحكم موقف العمل ، وهنا يقاس (النشوز) بكثرة تورط الشخص فى الخلافات والصراعات مع شبكة العلاقات الاجتماعية فى نطاق العمل أو خارجه، ثم مفهوم التقدم Progress والذى يشير إلى التغير فى مستوى الأداء من حيث الكم والكيف ، سواء كان فى هذا التحرك ما يكشف عن تحسن أو تدهور. والمعتاد أن نتوقع منحنى صاعدا أو متناقص السرعة على مقاييس الكم والكيف (حجم الانتاج وجودته) . ومن هنا نستطيع أن نتوقع ما إذا كان الشخص مستمراً فى تعافيه أم مقبلاً على حالة من الانتكاسة **(لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢، ص ص ٢٤٨-٢٥٢)** .

ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد .. بل إن التأهيل يرتبط بعديد من الأمور والتى يجب أن تكون واضحة ومنذ البداية.

أهداف التأهيل: يرى محيى الدين أحمد حسين أن أهداف التأهيل تتلخص فى:

١ - معاونة الفرد على الاستبصار بوضعه المرضى وملابساته المختلفة وخاصة من منظور التفاعل الاجتماعى فى جوانبه ومظاهره المتعددة، مع إيضاح المقومات النفسية والاجتماعية والبدنية ، التى أسهمت فى تشكيل أو تدعيم المسلك المرضى ، والذى أخذ صورة الاعتماد على المخدرات كأسلوب للحياة.

٢ - إرساء دعائم الشعور بفاعلية الذات فى مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبدنية. ويعد هذا الهدف من الأهداف التأهيلية المهمة بالنسبة لمتعاطى المخدرات ، إذ به ومن خلاله تتحدد إمكانة المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطى وخبرات أخرى إيجابية فى مجال التعاطى.

٣ – إنماء الربط الفعال بين الوسائل والغايات؛ إذ إنهم يتحركون بدافع إسعاد أنفسهم إلا أنهم يؤذوا أنفسهم، كما أنهم وهم يتحركون بدافع تحاشى آلامهم يزيدون من آلامهم.

٤ – إنماء الاتجاهات الإيجابية تجاه الآخرين؛ لأن ثقافة المخدر قد أكسبتهم عديداً من السلوكيات والقيم والاتجاهات ، والتى جلعتهم فى النهاية يتحللون من القيم الاجتماعية على نحو ، أضعف لديهم إغراء التواصل الصحى مع الإطار الاجتماعى.

٥ – التمهيد بجهود التأهيل إلى عملية الدمج الاجتماعى ؛ بمعنى وصل الفرد بالسياق الاجتماعى على نحو يراه السياق الاجتماعى ملائماً .(**محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ص٢٥٩-٢٦٢**) .

مبادئ التأهيل: ينهض التأهيل على مجموعة من المبادئ ، أهمها:

١- احترام وتقدير الشخص والتعامل معه كوحدة متكاملة، لها كيانها المستقل والثقة بإمكاناته المتبقية.

٢ – الأخذ بمبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للأفراد ؛ لكى يعتمدوا على ذاتهم ، وفى الوقت نفسه لا يكونون عالة على المجتمع.

٣ – ضرورة الأخذ بمراعاة مبدأ الفروق الفردية ، فيتم تأهيل الفرد وفقا لخبرته الشخصية وتاريخه الاجتماعى والمرضى، ولا يمكن الادعاء بأن الفرد قد تم تأهيله إلا إذا كان قد شفى تماماً من الحادث نفسيا واجتماعيا ، وقد استعاد مكانته السابقة فى المجتمع (**سيد عبد الحميد ، ١٩٧٦ ، ص ١٤٦**).

٤ – الأخذ بمبدأ مشاركة الشخص فى وضع الخطط التأهيلية الخاصة به ، وبذلك يعيد الثقة إلى نفسه، ويشعر بكيانه مرة أخرى، ولا يشعر بأى تسلط من جانب الآخرين فى التخطيط لحياته.

٥ – الأخذ بمبدأ القيادة الديناميكية والحساسية للحاجات الفردية والوعى بالمحيط الاجتماعى والاقتصادى (**ناظك عيسى عفيفى ، ١٩٩٣ ، ص٣٥**) .

المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمدمنى المخدرات:

تتعدد وتتنوع محاور برامج التأهيل لمتعاطى المخدرات.. إلا أنها تشترك فى :

١- التحليل المبدئى للمشكلة ، والذى يعنى الوقوف فى حالة تأهيل مدمنى المخدرات على :

أ - مدى الإفراط فى حدوث سلوك غير مرغوب ، من منظور التكرار أو الشدة أو الاستمرار . فتقرير أن المتعاطى يتعاطى على نحو منتظم وبجرعات كبيرة ، وفى ظروف مختلفة ومتباينة ، هو نموذج لهذا النوع من التحليل المبدئى .

ب - أن نحدد أنواع السلوك التى وجدت نتيجة التعاطى ، مثل: عدم القدرة على التعامل الملائم مع الآخرين، أو ضعف القدرة على تحقيق التوافق الاجتماعى.

جـ - تحديد مواطن قوة الفرد ، ويعنى هذا أن نحدد ما يستطيع الفرد أداءه حتى يمكن (استثماره) فى حل المشكلة ، مع العلم بوجود عديد من المقاييس التى تهدف إلى تقييم تعدد التأهيل ؛ خاصة ما يتعلق بأوجه نشاطات الفرد الاجتماعية المختلفة (أ. لافندر، ف.ن . واتس، ٢٠٠٠، ص ص ٥٣٨-٥٤١) .

٢ - تحليل سياق المشكلة: من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

أ - من هم الأشخاص المعترضون على ما يصدر من ضروب معينة للسلوك؟ هل هو الشخص صاحب المشكلة أم أن هناك آخرين غيره؟

ب - ومن الذى يساعد على تفاقم المشكلة من خلال تأييده لصاحب المشكلة ومن هو أو هم ؟

جـ - وما النتائج المترتبة على وجود هذه المشكلة، سواء لصاحب المشكلة أو لغيره ؟

د - وكيف يسيِّر المتعاطى أموره وهو متورط فى خبرة التعاطى؟ وكيف يسير أموره بعد أن يقلع عنها؟

هـ - وهل من الممكن لحل المشكلة أن يخلق مشكلات أخرى جانبية ؟ وما هذه المشكلات المتوقعة؟

و - وهل من الممكن للشخص أن يعتمد على نفسه فقط فى حل مشاكله ، أم أنه بحاجة إلى آخرين يعاونونه فى هذا الأمر؟

٣ – الوقوف على شكل التدعيمات ، التى يمكن توظيفها فى اتجاه تمكين المتعاطى من الاقلاع عن خبرة التعاطى، من خلال إثارة هذه التساؤلات والإجابة عنها:

أ – هل هو تحقيق القبول والموافقة من جانب بعض الأشخاص الذين يمثلون أهمية بالنسبة له؟

ب – أم التخلص من خبرة تهدده بخطر على المستوى النفسى أو الاجتماعى أو البدنى؟

جـ – أم محاولة إنقاذ ما يمكن إنقاذه سواء من المنظور الدراسى (إن كان دارسا) أو المنظور المهني (إن كان عاملا أو موظفا) ؟

د – أم التخلص من عبء مالى يمثله الحصول على المخدر؟

هـ – ضرورة أخذ تاريخ المتعاطى فى الاعتبار ، والنظر إليه من خلال خبرات النجاح أو الفشل، وتأثير هذا على توقعاته المستقبلية **(محى الدين أحمد حسين ١٩٩٤ ، ص ص٢٦٥ ، ٢٦٦)** .

٤– التحليل الدينامى/المتعمق للمشكلة:

من خلال الاهتمام بالزوايا الثلاث الآتية:

أ – الزاوية البيولوجية Biological prespective : بمعنى هل ثمة متاعب بدنية ارتبطت بشكل أو بآخر بظروف التعاطى ، وما حدود التدخل العلاجى المناسب؟

ب– الزاوية السوسيولوجية Sociological prespective : حيث نحدد الملامح المميزة للوسط الاجتماعى الذى يمثله متعاطى المخدرات، وحدود اتساق اتجاهات المتعاطى مع ظروفه الاجتماعية والاقتصادية التى يعيشها، وبيان ما إذا كانت هناك تغيرات قد حدثت فى الوسط الاجتماعى الخاص بالمتعاطى، وكان لها انعكاسها عليه بشكل أو بآخر من حيث التورط فى خبرة التعاطى، وكيفية انعكاسات الخبرة عليه .. هذا من منظور الآثار المباشرة أو غير المباشرة، وكذا بيان حدود التصارع فى أدوار المتعاطى الاجتماعية وكيفية التعامل مع هذا الصراع ، وهل كان لهذا صلة بسلوكه؟

جـ – الزاوية النفسية Psychological prespective: حيث يكون الاهتمام موجهاً إلى تحديد عدد من الجوانب النفسية المختلفة ، مثل:

– بيان حدود شذوذ هذه الخبرة ، إذا ما وضعت موضع المقارنة مع

ضروب سلوكية أخرى للمتعاطى نفسه.

- بيان العوامل النفسية الاجتماعية، التى هيأت الشخص الولوج إلى خبرة التعاطى وجعلته مسلكا فى الحياة.
- كيفية إدراكه لهذه العوامل من منظور تأثيرها عليه أو على غيره من المحيطين به.
- فى أية ظروف يشعر المتعاطى بإلحاح المخدر ، وما هذه الظروف تحديداً ؟
- وفى أية ظروف أخرى يشعر بأهمية إعادة النظر فى مسلكه (وينوى) أن يتعافى؟
- هل هناك قدوات يتأسى بهم المتعاطى وينسج سلوكه على غرارهم؟
- ومن أولئك القدوات وما صلة المتعاطى بهم؟ ذلك لأن عديداً من الدراسات يؤكد أن الأفراد الذين لهم سجل نسبى من التوافق الاجتماعى الجيد ، أو بيئة متفهمة لأزماته ، ومحاولات جادة من قبل الآخرين لمساندة الشخص .. كل هذا وغيره يؤدى إلى سرعة دمجهم فى نسيج المجتمع . (انظر على سبيل المثال Shephard., 1991)

٥- تحليل إمكانات التعامل مع المشكلة ، من خلال بيان :

- الحد الذى يمكن البدء به فى مواجهة المشكلة.
- الحدود الأخرى التى يمكن الوصول إليها بعد ذلك.
- الكيفية التى يقوم بها تعزيز الخطوات المبدئية فى حل المشكلة.
- حدود حرية صاحب المشكلة فى التعامل مع الحلول المطروحة.

٦ - تحليل السياق الاجتماعى الذى سينضوى الفرد تحته ، بعد الانتهاء من الخبرة التأهيلية من خلال الاجابة عن التساؤلات الآتية:

- من الأشخاص الذين سيتعامل معهم المتعاطى بعد إقلاعه؟
- هل هناك أفراد يمكن أن يلعبوا دوراً مناهضاً ضد الوجهة التأهيلية؟
- وهل هناك آخرون غيرهم يمكن أن يلعبوا دوراً إيجابياً.
- وما الظروف التى يمكن تطويعها لصالح البرنامج التأهيلى موضع التنفيذ؟

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ص ص ٢٦٤- ٢٦٧) .

تساؤلات التأهيل:

يهدف التأهيل فى مجال تعاطى المخدرات الى ضرورة طرح مجموعة من التساؤلات ، ثم الإجابة عنها..لان كل تساؤل يطرح جانباً مهماً من الجوانب التى يهتم بها التأهيل..وهذه التساؤلات هى:

١ – تحديد مفهوم التعاطى، وما حدوده التى ترشح فردا معايشا لخبرة التعاطى أن يتقدم لإحدى مصحات الإدمان للعلاج والتأهيل.

٢ – ما جوانب سيكولوجية المدمن ، وكيف تعبر هذه السيكولوجية فى علاقة المدمن مع سياقه الاجتماعى؟

٣ – ما أفضل الصيغ التى يمكن بها للمدمن أن يتقدم للعلاج (هل يتقدم من تلقاء نفسه أم يتم تحويله من قبل العمل، أم تقوم أسرته بإحضاره..إلخ هذه الوسائل).

٤ – كيف نتأكد من دافعية الشخص الذى قدم للعلاج والتأهيل (بغض النظر عن الصيغة التى حضر بها الى المستشفى).

٥ – ضرورة أخذ (توقعات) المدمن الذى قدم للعلاج والتأهيل فى الاعتبار .. هل قدم من أجل التخلص من الأعراض الانسحابية أم لإرضاء الأسرة..أم لدوافع الأخرى (كما كشفت عنها دراسة **محمد حسن غانم** ٢٠٠٠).

٦ – ما الإجراءات التى يجب أن تتبع لزيادة وتنشيط دافعية المدمن الذى حضر للعلاج والتأهيل (بغض النظر عن الطريقة التى حضر بها).

٧ – ما طبيعة الخدمة التى يجب أن نقدمها للمدمن خاصة شيوع (عدم الشفاء من الإدمان) بين كثير من المدمنين والعامة؟

٨ – وهل هذه الخدمة تهدف إلى إقلاع الشخص عن تعاطى المواد الأكثر ضرراً واستبدالها بمواد مخدرة أقل ضرراً..أم أننا نسعى إلى (الإبراء) التام من تأثير المخدرات على الشخص؟

(محى الدين احمد حسين ٢٠٠٣، ص ص ٢٢-٢٧)

وغيرها من التساؤلات التى يطرحها محى الدين احمد حسين، ونتفق معه فيها..وفى غيرها من التساؤلات..والتى يمكن ان نستبدلها جميعها بهذا التساؤل؟

هل يوجد فى مصر مستشفى (حكومى أو خاص) يقدم الخدمة العلاجية والتأهيلية لمدمن المخدرات ، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا المستشفى الخاص يقتضى توافر عديد من الإمكانات المادية والبشرية..والعمل بروح الفريق أم أن الأمر مجرد شعارات؟!

الاهداف الاستراتيجية لبرامج التأهيل: وتختلف الأهداف الإستراتيجية وفقًا لطبيعة المشكلة– للشخص المراد تأهيله– لطبيعة المجتمع ، الذى نعد الشخص للاندماج فيه .

وفى حالة تأهيل المخدرات تكون الأهداف الإستراتيجية هى:

١ – الوصول بالشخص إلى التوقف التام عن تعاطى المخدرات والاستمرار فى التعافى.

٢ – التأمين التام على دافعية المتعاطين إلى الإبراء من المخدر ، وعدم الاعتماد عليه من خلال أنشطة وهوايات جديدة.

٣ – الالتزام التام بمجموعة صارمة من القواعد المنظمة لسلوك المتعاطى فى المناشط الحياتية المختلفة ، مع وجود نظام صارم للإثابة والعقاب يطبق بلا أدنى استثناءات.

٤ – دحض المفاهيم الذاتية للمتعاطى وتصوراته المبررة للتعاطى ومبررات الإنكار.

٥ – تهيئة المتعاطى وإعداده لمرحلة الدمج في الإطار الاجتماعى بعد المرور الموفق بخبرة التأهيل فى جوانبها المختلفة، من خلال مهمتين أساسيتين هما:

أ – إعانة الفرد على التغلب على أوجه القصور، التى يمكن أن تكون قد لحقت بقدراته ومهاراته المختلفة نتيجة المرور بخبرة التعاطى ، من خلال التوجيه والإرشاد المهنى ، بل وتدريب الشخص على مهنة جديدة تتفق وقدراته الراهنة.

ب – إتاحة الفرصة للمتعافى فى أن يجد سبيله إلى ممارسة الأدوار المنوطة به، فى الحياة الاجتماعية وتشجيعه على ذلك ، وأن يتعلم أو ندربه على مواجهة أى ضغوط جديدة قد يتعرض لها فى بيئته.

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ص ص ٢٦٧–٢٦٨) .

(أ. لافندر. ف. ن. واتس ، ٢٠٠ ، ص ص ٥٥١–٥٦٤) .

خطوات التأهيل الاجتماعي:

١- تحديد وحصر الافراد الذين يحتاجون الى خدمات التأهيل.

٢ – أخذ الحالة الصحية ، والتشخيص الطبى للشخص الذى نرغب فى تأهيله فى الاعتبار.

٣ – العمل على أن يكتشف الفرد قدراته ومهاراته ، والعمل على الاستفادة منها لتحرير ذات الفرد.

٤ – استعادة الطاقة البدنية للفرد حتى يتسنى له تحقيق الأداء الاجتماعى.

٥ – تدريب الفرد على ألوان متعددة من المناشط الاجتماعية ، التى تتناسب مع حالة الفرد البدنية والنفسية والفعلية.

٦ – ضرورة أخذ (الخدمات المساعدة) التى قد تتطلبها عملية التأهيل فى الاعتبار كنفقات الاقامة، والانتقال، أو توفير بعض الأجهزة التعويضية التى قد يحتاجها الفرد..إلخ ، من هذه الخدمات.

(ناظك عفيفى، ١٩٩٣ ، ص ٣٨).

تأهيل المدمن اجتماعيا:

لابد من الأخذ فى الاعتبار أن المدمن من خلال الإدمان قد (همش) دوره الاجتماعى، بل انسحب من كثير من الأنشطة الاجتماعية.

وهنا يستدعى الأمر (فحص) تلك العلاقات (لأن بعض هذه التفاعلات) قد يقوده الى التعاطى ، وقد يجعل مسألة (التعافى يسيره) ..وهنا لابد أن نفحص:

– شكل العلاقات الأسرية.
– أساليب التنشئة الاجتماعية السائدة.
– من بيده مقاليد السلطة والقيادة فى الأسرة.
– هل الأسرة تحدد الأدوار أم أن هناك (فوضى) فى مثل هذه الأمور.
– طبيعة العلاقة (أو العلاقات السائدة) بين أفراد الأسرة.
– أساليب (العقاب واللوم والتأنيب) السائدة.
– أساليب (التدعيم والمساندة) السائدة.
– شكل التفاعلات الأسرية .

– ما مدى توافر (الإشباعات) داخل الأسرة فى مقابل عدم توافر بعضها الآخر؟

وإذا كان (المدمن) طالباً فى الدراسة ، فيجب أيضا تناول الجانب أو المؤسسات التعليمية فى هذا السياق..وكيف كان (يتفاعل) هذا الشخص معه ؛ إذ إن المشكلة أننا نعلم جميعًا أن كثيراً من طلاب المرحلة الثانوية ينتظمون فى حلقات الدروس الخصوصية حيث (تنداح) الحدود ما بين المدرس (كسلطة تعليمية وتربوية واجتماعية) وبين الطلاب.. لدرجة أن كثيراً من الطلاب قالوا لى إنهم يتبادلون تدخين السجائر ، والسندوتشات والنكات مع مدرسيهم أثناء إعطائهم الدروس الخصوصية..ومنهم من ذكر أكثر من ذلك بأنه كان يجلس (إبان فترة الصيف) مع مدرسه فى المقهى لكى يلاعبه (عشرة طاولة أو دومينو) ، ناهيك عن تبادل الأدوار ما بين (الفوز –الهزيمة –التعادل) ..ومنهم من ذكر أكثر من ذلك من خلال جلب امرأة داعرة له أو لهما معا.. وهى أمثلة لا يستبعد تصديقها فى وقت اشتدت فيه (الرغبة لدى الأسر) أن ينتظم أولادها فى الدروس الخصوصية ، وأيضاً فى الوقت نفسه قد حم كثير من المعلمين الصراع لصالح (المال).. مفضلين أن (الوقوف ، والاحترام) والتبجيل يقتصر فقط على أبيات الشعر الشهيرة ، والتى تقف بدورها عاجزة أمام طغيان المادة ، والتهاب الأسعار، وضرورة الركض وراء الأساسيات والكماليات. أيضاً إذا كان المدمن (يعمل) ..فلابد أن هذا العمل يطرح عديداً من التساؤلات ..وهل هذا العمل كان يتم بصورة منتظمة أم من قبيل الوجاهة الاجتماعية، ..لأن عديداً من الدراسات كشفت عن الآتى:

١ – اتضح من الدراسات التى تمت فى نيويورك على مدمنى الهيروين ، وهم فى سن الأربعين من العمر ، أن ٨٠ ٪ منهم كانوا عاطلين فى ٨٠ ٪ من حياتهم ، كما أتضح أيضاً أن ما بين ٦٥ ٪ و٨٥ ٪ منهم لا يعملون .

٢ – ان ثمة مظاهر معينة تكشف عن علاقة الفرد بعمله ، وهى:

أ –عدم العمل بشكل متسق.

ب– عدم العمل فى الأغلب الأعم.

جـ– العمل بشكل متقطع.

د– العمل بصفة عامة.

هـ– العمل بشكل متسق.

كما أن ثمة معانٍ تتصل بالعمل ، تبين حدود وزن العمل بالنسبة للفرد ، وهى:

أ–عدد أيام العمل فى فترة زمنية.

ب-نسبة الوقت المنقضى فى العمل.

جـ- حدود الدخل المتأتى عن العمل.

(محيى الدين احمد حسين، ٢٠٠٣ ، ص٧٨)

كما يمكن أيضاً للتأهيل أن يقوم بفحص (هوايات) المدمن ، قبل أن ينخرط فى الإدمان.. ويتم (استبصاره) او (إحياء) هذه (الهواية) مرة أخرى..سواء أكانت هذه الهواية خاصة : بالرسم.. بالنحت.. بالزخرفة.. بالتمثيل.. بالتأليف.. بالقراءة.. إلخ، أم تفصيل العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الأفراد (David. J et al, 1991, 822-879) ولذا يجب أن تشارك الأسرة فى مراحل التعافى (Revised, E , 1987) بل يمكن استخدام الأنساق الأسرية كمدخل علاجى.

(Thomas. C. T., 1991), (Payan, M., 1991), (Marc. G., 1994)

(فتحى عبد الواحد أمين ، ١٩٨٩) ، (سوسن عثمان عبد اللطيف ١٩٨٨ ، ص ص ١١-٤٠) ، (مديحة مصطفى فتحى،١٩٩٨ ، ص ص ٢٣٢-٢٩٤)

الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل: وتكاد تكون واحدة فى جميع المجالات وتهدف إلى تحقيق:

١ - إنماء مهارات الفرد الشخصية والاجتماعية تجاه الآخرين.

٢ - إنماء اتجاه الفرد الإيجابى حيال الصحة العامة ؛ لأن المتعاطى يهمل فى صحته البدنية ، بل ويسعى إلى تدميرها من خلال الاستمرار فى فعل التعاطى (السابق).

٣ - إنماء الاتجاه حيال الأنشطة الترويجية الايجابية ، وأن هناك عديداً من المواقف أو العلاقات ، التى يمكن أن تثير سعادته دون مخدر.

٤ - إنماء الاتجاه الإيجابى حيال الوقت.

٥ - إنماء الاتجاه الإيجابى حيال المستقبل ، من خلال مساعدة المتعافى على وضع خطط مستقبلية أو إمكانة إحياء طموحاته ، التى كانت موجودة قبل الانخراط فى فعل التعاطى.

٦ - إذكاء الوعى بالآخر وأهمية الآخر بالنسبة للفرد.

٧ - انماء الاتجاهات المهنية والدراسية ، ومساعدته فى أن يحقق ذاته.

٨ – إنماء الاتجاه الإيجابى حيال القانون واحترامه.

٩– إنماء الاتجاه الإيجابى حيال الذات كذات فاعلة ومؤثرة.

١٠– إنماء الاتجاه الأسرى ودعم الروابط الأسرية.

١١– إنماء الاتجاه الدينى بمفهومه الصحيح.

(محيى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٥، ص ٢٦٩) (سيد عبد الحميد مرسى، ١٩٧٦، ص ١٤٦) (ناظك عيسى عفيفى ١٩٩٣، ص ص٣٦ : ٣٧) .

مكان التأهيل : إن المهتمين بقضية التأهيل يطرحون هذه القضية:

أين يتم التأهيل؟ وما المكان الذى سيتم فيه التأهيل؟وما الشروط الواجب توافرها فى هذا المكان (كمقومات ودعائم) حتى نضمن نجاح البرنامج التأهيلى؟

وتتفرع الإجابة عن التساؤلات السابقة في أمرين ، هما: اتجاه يؤكد (ولديه مبرراته القوية وحججه المنطقية) فى ضرورة أن يتم التأهيل فى مكان له مواصفات خاصة، وشروط دقيقة ومدروسة وفق أسس علمية ثابتة ؛ حتى نضمن نجاح برنامج التأهيل.

والاتجاه الآخر يؤكد أصحابه رفضهم أن يتم التأهيل فى مكان منعزل عن السياق الاجتماعى، ومن الأفضل أن يتم التأهيل فى إطار المجتمع الأكبر ؛ لأنه المكان الذى نعد فيه وإليه الفرد للتفاعل.

انظر على سبيل المثال:

(George Deleon., 1999.;, pp. 395-430)

(Alterman A *et al.*, 1993., pp. 150-162)

(Deleong (ED) 1997) &(Barrh& Antes, D., 1981)

(Graham. W . F & Wexler. H . K 1997., pp. 69-86)

(Erich, G, 1999 , pp. 358-362)

ونتفق مع محيى الدين أحمد حسين على ضرورة أن يتم فى مصر التأهيل فى مستشفى حكومى ، له عديد من المواصفات والشروط (**محيى الدين أحمد حسين، ١٩٩٥، ص ص ٢٧٤–٢٧٦**) بشرط أن يتوافر فى هذا المكان الشروط والأشخاص الذين يجب أن تتوافر من خلالهم وبهم الظروف والعوامل المهيئة لإنجاح

التأهيل وبرامجه ، إضافة إلى ضرورة إنشاء مجتمع علاجى-Theraputic Commu niy أو حتى معسكر علاجى Therabutic Comping فى أى مكان فى صحارى مصر ، ويتم تدريب المتعاطين (والذين خسروا كثيراً من قدراتهم وتدهورت شبكة علاقاتهم الاجتماعية) حيث يتم تأهيلهم وتوجيههم وتدريبهم على عديد من المهن والهوايات ، التى تملأ فراغ سلوكيات التعاطى (والذى يسعى التأهيل إلى إزالتها ودحضها) وإحلال سلوكيات مهن تكون مفيدة للشخص ، وتساعده على إعادة الدمج مع نسيج المجتمع ؛ خاصة بعد أن حدث له ما يسميه الأستاذ الدكتور / مصطفى سويف الخلع dislocation **(لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢ ، ص ٢٣٦)**.

يجد المتتبع لفكرة المجتمعات العلاجية Therapeutic Comminty بعض الدراسات وتخصيص بعض الفصول فى الكتابات الاجنبية عنها ، والتى بدأت فكرتها من منطلق حقيقة أن التعاطى مرض مزمن ، ويحتاج إلي وقت وجهد طويلين سواء من جانب المتعاطى أو أسرته أو حتى من جانب الفريق العلاجى، وأن الأبحاث التى تناولت بالدراسة مثل هذه المجتمعات العلاجية قد أوضحت نجاحها فى تحقيق تغيير فى سلوكيات الشخص المتعاطى (سابقاً) ، كما سنشير لاحقاً.

ومن هنا جاءت فكرة المجتمعات العلاجية على أساس الاهتمام بالشخص المدمن أو المسرف فى تعاطى المواد المخدرة ؛ لأن التعاطى قد يكون عرضاً ضمن زملة من الأعراض ، التى تفصح عن أننا بصدد شخصية تورطت فى تنمية ودعم نمط معقد من سوء التوفيق محوره الاعتماد على مادة مخدرة. **(لجنة المستشارين العلمى ، ١٩٩٢ ، ص٢٤٠)**.

ولسنا بصدد الحديث عن كيفية ظهور مثل هذه الفكرة، وأين بدأت .. لكنها بدأت تاريخياً فى الولايات المتحدة ، وبدعم من المركز العالمى للمخدرات (NARA) عام ١٩٦١، **(How RD, A., 1999 p. 182)**

ومن خلال مجموعة من «اللاءات» إن جاز التعبير من حيث:

-لا للمخدرات.

- لا للمراوغة.

- لا لأية سلوك عنيف Violence .

- لا لأية سرقات.

- لا للجنس.

- لا لأى وعود Premission تقطعها على نفسك تجاه الآخرين (Erich, G, 1999., p. 358)

وإن العلاج يقوم على مجموعة من الأسس:

- العلاج البيونفسى اجتماعى Biopsychosocial .
- مساعدة الشخص لنفسه .
- الانضمام الى جماعات الدعم الذاتى (A .A) (N.A)
- الانضمام الى العلاج النفسى الجمعى.
- المحافظة على استمرار التعافى.
- تجنب أية علاقات أو سلوكيات قد تقود الشخص الى الانتكاسة.
- أن يكون للمدمن Responder أى (كفيل -إن جازت الترجمة) يصارحه بأية مشاعر أو سلوكيات ، قد تقوده إلى الانتكاسة (وهذا الكفيل متعاطى سابق إلا أنه فى حالة تعافى الآن).
- اتباع الاثنتى عشرة خطوة Twelve steps لجماعات المدمن الكحولي المجهول (A.A) (N.A) ؛ خاصة أن تحليل محتوى الخطوات الاثنتى عشرة يجد فيها البعض أنها تركز على العلاقة بالله ومحاسبة الذات، ومساعدة الغير (انظر **محمد محمد سيد خليل وأخرين، ١٩٩٤ ص٦٠٠**).
- التدريب على تعديل السلوك.
- الاهتمام بالوقاية الصحية والمحافظة على الصحة الجسمية.
- التعامل مع الحالات التى تعانى من الإيدز AIDS ، أو نقص المناعة المكتسبة HIV.
- إمكانية الإرشاد المهنى Occupational Counselling من حيث الأخذ فى الاعتبار اختيار الوظيفة الملائمة ، ووضع الشخص (المتعاطى السابق) والأحوال السائدة الآن فى سوق العمل.
- إمكانية التوجيه المهنى Occuptiona guidance من حيث الموازنة بين ما يمتلكه الشخص من إمكانات وقدرات ، ثم توجيهه إلى العمل الذى يتناسب وهذه القدرات التى يمتلكها المدمن (الناقه) فى الوقت الراهن.

– إمكانة التدريب على وظائف مختارة training ووفقاً لحالة المدمن فى الوقت الراهن.

– المتابعة والتقويم Evaluation

انظر :

(لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢، ص ص٢٤٠-٢٥٠)

(Howard, A., 1999., pp. 171-203) & (Erich, G., 1999., pp. 358-380)

(George Deleon., 1999., pp. 395-430) ، (فيكتورسامى، ١٩٨٩ ، ص ص ١٥٧-١٦٠) ، (المدمنون المجهولون، ب ت) .

والتساؤل عن سبب حضوره وهل قدم فعلا لأنه فى حاجة إلى التعافى، أم أنه قدم بغرض تحقيق عديد من الأهداف والمكاسب الأخرى.

(Edgar. P . N, 1992) & (Donal. D.W, 1992)

دور *اخصائي التأهيل* :

حيث يركز فى التقييم على جوانب: هوايات الشخص التى كانت موجودة لديه قبل إنخراطه فى التعاطى، وكيف يقضى أوقات فراغه فى الوقت الراهن،وما ميوله وجوانب اهتماماته الحالية، وما الأعمال التى كان يؤديها قبل التعاطى ، وإمكاناته فى الوقت الراهن للعودة إلى العمل السابق نفسه وإمكانات توجيه الشخص (الناقه حاليا) إلى عمل يتفق مع قدراته الحالية ، أو إمكانة تدريبه على ممارسة الهوايات التى يجد فى ممارساته لها سعادته ؛ مما يتيح له أن يحيا سعيداً دون مخدر.

تلك كانت باختصار أبرز تخصصات أعضاء الفريق العلاجى فى التقييم ، مع الأخذ فى الاعتبار إمكانة إدخال تخصصات أخرى ، مثل: أخصائى فى التغذية وممرض مؤهل للتعامل مع حالات التعاطى. ولكن ينبغى لنا قبل أن ننهى فى عجالة مسألة التقييم أن نتعرض لدور: مرشد التعافى فى الفريق العلاجى ، وهل تصلح تدخلاته العلاجية خاصة القائمة على الاثنتى عشرة خطوة Twelve steps، ومدى مناسبة ذلك لواقعنا الحضارى؟

والواقع أن مثل هذه الخطوات الاثنتى عشرة قد أثارت عديداً من جوانب الجدل بين أعضاء الفريق العلاجى.

وقد أسفرت المناقشات عن وجود ثلاثة اتجاهات:

الاتجاه الأول : يري أنه من خلال استعراض الخطوات الاثنتي عشرة ، يجد أنها جميعا تتعلق بالعلاقة بالله إيماناً به وتوكلاً عليه، واعترافاً له، او استعداداً

لتلقى معونته، أو دعاء له، أو صلاة لتدعيم الصلة به عز وجل ، وكذا محاسبة الذات ، ومساعدة الغير نتيجة للصحوة التى يكون المدمن المجهول قد حققها خلال الخطوات السابقة ، وأن التدين قولاً وفعلاً إنما يمثل حجر الزاوية فى هذا البرنامج (**محمد سيد خليل وآخرون، ١٩٩٤،ص ٦٠٠**) .

الاتجاه الثانى: محاولة إعادة صياغة الخطوات الاثنتى عشرة ؛ حتى تتفق مع واقع ديننا الإسلامى ، فالخطوة الأولى مثلا تنص على: اعترافنا لأنفسنا ولشخص آخر بإدماننا قد تم تغييره إلى:

اعترافنا لأنفسنا ولله .... (**لطفى فطيم ١٩٩٥ ، ص ص ١٩١-١٩٩**) ، ونظن أن المشكلة ليست فى حذف كلمة وإضافة أخرى ، بل هى طريقة علاجية لها فلسفتها الخاصة.

الاتجاه الثالث : رفض هذا الاتجاه فى العلاج والتأهيل مستندين إلى أن هذه الطريقة لاتتناسب وقيمنا الحضارية ؛ خاصة تكرار مفهوم الاعتراف عبر الخطوات الاثنتى عشرة.

بيد أن موقفنا من هذه القضية يتلخص فى أمرين:

الأول: ضرورة أن نفتح المجال للاستفادة من كافة الاجتهادات العلاجية والتأهيلية لمواجهة مشكلة التعاطى ؛ خاصة أن عملية التأهيل والعلاج فى مجال العلاج والتأهيل متشابكة وتحتاج إلى مزيد من تعدد الجهود والمثابرة.

الثانى: أن هذه الطريقة ، وإن كانت قد نبعت فى الغرب ومشبعة بثقافته ، فلماذا لا نأخذ منها ما يتناسب مع عاداتنا وتقاليدنا دون التسرع بالرفض.

٢- مرحلة تشخيص المشكلات النفسية الاجتماعية للمتعاطى:

بعد خطوة التقييم تأتى الخطوة الثانية ، وهى:

التشخيص Diagnosis حيث يتوصل الأخصائى النفسى الإكلينيكى إلى تحديد مشاكل المريض ، والتى نتجت أو رافقت أو كانت السبب فى إدمان المدمن، وما لم يتم التعامل-من الأساس- مع هذه المشاكل ، فسوف تستمر الانتكاسات، بل إن الركيزة الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة ، هى العوامل الشخصية المرضية لدى متعاطى المخدرات

انظر :

(Erich, Goad., 1999., pp. 349-380)

(ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠ ، ص ص ٤٢١-٤٤٢)

ويقدم لنا مونرو ١٩٩٢ ستة عناصر أساسية ، يتم فى ضوئها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها–خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان. وهى:

١ – احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة ، سواء فى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان ، سواء أكانت هذه المشاكل تصنف وتشخص ، فى المحور الأول أم الثانى الخاص باضطرابات الشخصية ، ووفقا للتشخيص الامريكى الإحصائى الرابع . (DSM IV, 1994) مثلا.

٢ – أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنين ، الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم.

٣ – أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.

٤ – حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية Withdrawal symptoms .

٥ – تواجد كل من الاضطرابات النفسية والتعاطى فى وقت واحد ، وأن يستمر ذلك ومعاً لفترة طويلة.

٦ – تواجد كل من الاضطرابات النفسية والتعاطى معاً لدى الاشخاص ، ودون وجود أى علاقة بينهم (Monro, A., 1992., pp. 232-240)

وعموما .. فإن عديداً من المدمنين يعانون من المشكلات الآتية:

– القلق الشديد.

– الاكتئاب.

– نقص المهارات الاجتماعية.

– عدم القدرة على حل المشكلات.

– نقص فى توكيد الذات.

– الاعتمادية والسلبية.

– المخاوف الاجتماعية.

- العجز عن اتخاذ القرارات.
- عدم القدرة على تحمل المسئولية.
- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.
- الاحساس بالدونية.

وغيرها من المشكلات والتى قد نجد واحدة من هذه المشكلات- أو غيرها-أو أكثر من مشكلة يعانى منها المريض المدمن، وبما أن دوافع المتعاطى تكون متعددة ومختلفة ، إذاً لابد من الأخذ فى الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطى.

وقد يتوصل الأخصائى الاجتماعى بدوره إلى تشخيص عديد من المشاكل الاجتماعية للمتعاطى، مثل:

١-موقف الأسرة من المتعاطى فى الوقت الراهن : هل هو الرفض أم الطرد أم النبذ أم التقبل والمساندة؟

٢-الفرص التى منحتها الأسرة للمتعاطى ، واسباب انتكاسته فى كل مرة، وبالتالى مزيد من التدهور فى ثقة الأسرة به.

٣ -واقع المتعاطى فى الوقت الراهن فيما يتعلق بالعمل ، وهل فصل من العمل أم أن هناك محاولات لإلحاقه ببعض الأعمال الخاصة.

٤ -واقع الحالة الاجتماعية للمتعاطى ، وهل وصلت الخلافات إلى الطلاق وما موقف الأبناء من تعاطيه فى الوقت الراهن.

٥-تأثير شبكة العلاقات الاجتماعية على تعاطيه أو انتكاسته أو استمرار تعاطيه.

٦ -مدى استعداد الأسرة فى تقبله ومدى استعدادها للمشاركة فى خطوات العلاج والتأهيل ؛ ذلك لأنه على سبيل المثال ذكر عديد من المراجع ديناميات الأسرة، والأدوار التى يمكن أن تساهم من خلالها فى تأهيل المتعاطين ؛ خاصة ما أكده **سلفادور مينوشن Slvador Minuchin وجاى هالى (1980) Jay Haley** حيث إن الإدمان قد يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة، وإلى خلل فى شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الأفراد .

تلك كانت من وجهة نظرنا–ومن خلال اطلاعنا على العلاج الحق وإعادة التأهيل للمدمنين– فى الحقائق الإحدى عشرة ، والتى يجب أن يعرفها كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى ، الذى يتعامل مع الإدمان والمدمنين من خلال التأهيل.

خطوات إعداد البرنامج التأهيلى لمدمنى المخدرات:

لكى نتعامل مع مشاكل متعاطى المخدرات بصورة علمية وموضوعية .. فإن ذلك يتم من خلال برنامج تأهيلى ، لابد أن يشتمل على الخطوات الآتية:

١– المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

لابد أن تتوافر لدى القائم بتصميم البرنامج ،مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات، وفى حالتنا تلك يجب أن تتوافر المعلومات الآتية عن:

– نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر استخداماً.

– الأنماط السائدة للتعاطى فى المجتمع.

– التكرار (كم مرة فى وحدة زمنية معينة ، ولتكن الأسبوع مثلاً) .

– أسلوب التعاطى (التدخين /البلع/الشم/الحقن/الاستحلاب مثلاً) .

– المدة (عدد الشهور أو السنوات منذ بدء التعاطى حتى الآن) .

– دوافع العلاج، وهل تم بالإجبار أم بالاختبار، عدد مرات التردد للعلاج؟

– الأسباب التي تؤدى إلي الانتكاس عقب المرور بتجربة العلاج.

– الأهداف التى نسعى إلى تحقيقها.

٢– الخلفية النظرية/وفرص التدريب اللازمة للقائمين على برامج التأهيل:

لابد من توافر خلفية نظرية أساسية للأشخاص ، الذين يعملون فى مجال التأهيل النفسى/الاجتماعى لمتعاطى المخدرات ، مثل:

– دراساتهم الأكاديمية.

– فرص التدريب التى أتيحت لهم.

– اتجاهاتهم نحو التعاطى والمتعاطين.

– توافر درجة لا بأس بها من السواء لديهم.

– درجة دافعيتهم للعمل فى برامج التأهيل.

٣ - إعداد البرنامج: ويشتمل هذا الجانب من تصميم البرنامج على ضرورة أخذ الآتى فى الاعتبار :

أ - هدف البرنامج ومحتواه: وفى حالتنا هذه يكون تأهيل متعاطى المخدرات (الناقه) والمحافظة على استمرار تعافيه ، ومنع الانتكاسة أو أية علامات قد تقود إليها.

ب - بنية البرنامج: مثل:

- مدة البرنامج.
- عدد الجلسات.
- طبيعة الفنيات أو العلاجات التى ستستخدم (ليس من حيث درجة إجادتها ولكن من زاوية أخرى مهمة ، هى مدى مناسبتها لحالة متعاطى المخدرات (الناقه) وتجاوبه معها.
- محتوى كل جلسة.
- زمن كل جلسة.
- المكان الذى سيتم فيه التأهيل ، هل:

أ - داخل المستشفى .

ب - أم من خلال تردده على وحدة الرعاية اللاحقة.

٤ - إجراءات تنفيذ البرنامج:

- تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل.
- وضع تصور لكيفية التنفيذ.
- التكنيك أو الفنية التى ستطبق كل جلسة.

٥ - تقويم البرنامج: من خلال:

أ - القياس القبلى للمتغير التابع (اللهفة إلى الإدمان مثلاً Carving أو سلوكيات معينة ، كانت تضر بالشخص ، وتجعله يستمر فى الإدمان (قلق/اكتئاب/عدم توكيد الذات/خجل/مخاوف/عدم القدرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات ....إلخ).

ب- القياس البعدى للمتغير التابع ، ومقارنة نتائج القياس القبلى بالبعدى، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات (أو الاستمرار) فى البرنامج.

٦- النتائج النهائية: حيث سيتم تحليل نتائج التقويم النهائى للبرنامج ، وسوف يكون أمامنا محوران:

الأول: نتائج إيجابية: حيث إن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على استمرار تعافيهم، وأن هذا التعافى (أو التغير فى السلوك) قد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الاجتماعية.

الثانى: نتائج سلبية: مثل حدوث (سقطة) Lapes أو انتكاسة Relapes وقد تجعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر فى محتوى البرنامج ، بما يتناسب مع عديد من الجوانب ، التى نكون قد أغفلناها عند التصميم الأول للبرنامج.

تلك باختصار كانت خطوات التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات. (Richard, V., 1991)

ولعل أهم مشكلة ستواجهنا فى العلاج والتأهيل هما:

-الإنكار.

-وخريطة الانتكاس.

وغيرها من الأمور ، التى قد تظهر إبان المرور بتجربة التأهيل بشقيه النفسى والاجتماعى .

التأهيل النفسى الاجتماعى من واقع الدراسات الميدانية

أ - الجهود العربية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعى:

تعد دراسة ثرياعبد الرؤوف جبريل (١٩٧٤) عن : الخدمات التى تقدمها الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات ، من الدراسات المبكرة التى حاولت تقييم تجربة الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات فى العلاج؛ حيث اختارت عينة عشوائية من متعاطى المخدرات ، المترددين على الجمعية من خلال استخدام اسلوب المسح الاجتماعى ، ومن خلال تطبيق استمارة مقابلة لجمع البيانات عن المتعاطيين ومقابلة مع العاملين بالجمعية. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج ، منها: أنه لا توجد نظرية موحدة يمكن الاستناد إليها فى تفسير الظواهر الاجتماعية، ووجود قصور واضح فى الخدمات الاجتماعية داخل الجمعية، وكذا أيضاً يوجد قصور فى ميزانية الجمعية مما لا يساعدها على تحقيق أهدافها، وقد انحصرت مقترحات المدمنين فى ضرورة توفير كل من الخدمات الطبية والترفيهية والإعانات الاقتصادية وتوفير العمل (**ثريا عبد الرؤوف جبريل ، ١٩٧٤**) . ونظن أن هذه الانتقادات مازالت قائمة حتى الآن ، بل وتزايدت ، كما أن هذه الجمعيات غير مؤهلة للتعامل مع مدمنى مخدرات معينة (مدمنى الهيروين مثلاً) .

ثم تأتى دراسة طه عبد العزيز الديب (١٩٨١) عن ممارسة العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية وتنمية القيم الاجتماعية لمدمنى الأفيون؛ حيث هدفت الدراسة إلى التوصل إلى نموذج تطبيقى مقترح لممارسة العمل مع جماعات من متعاطى المخدرات، وكذلك التوصل إلى نموذج تطبيقى مقترح لدور الأخصائى الاجتماعى فى مساعدة المترددين على المؤسسات الرعاية الخاصة بالمتعاطين. ومن خلال تطبيق المنهج التجريبى ، أظهرت النتائج تحسناً فى تنمية القيم الاجتماعية من حيث الصدق والإيمان ، وتحمل المسئولية لدى العينة التجريبية المدمنة (**طه عبد العزيز الديب، ١٩٨١**) ، بيد أن الإقلاع لا يكون بالكلام-كما فعل مدمنو العينة، بل برصد عديد من التغيرات التى حدثت فى عديد من جوانب ومهارات التعامل بين متعاطى المخدرات والآخرين ، وهو ما لم يتم.

ودراسة عبد الكريم العفيفى معوض (١٩٨٨) عن : مدى فاعلية أسلوب السواعد فى خدمة الفرد فى علاج مشكلات الإدمان، كأحد الأساليب الحديثة فى خدمة الفرد فى مجال علاج المدمنين بالمؤسات الاجتماعية. وقد أسفرت النتائج عن زيادة إدراك العميل لمشكلاته وأبعادها فى المجموعة التجريبية عن الضابطة ، وعند

درجة ثقة ٨٠٪ ، وأن التدخل بواسطة أسلوب السواعد قد أدى إلى زيادة إحساس العميل بالمشكلة وخطورتها مما دفعه إلى العلاج، كما اتضح ضعف تأثير أسلوب السواعد فى زيادة إيجابية العملاء خلال المقابلة مع الأخصائى الاجتماعى أو الاستجابة لملاحظاته (**عبد الكريم العفيفى معوض، ١٩٨٨**).

ولم يوضح لنا الباحث أسباب هذا التناقض فى النتائج ؛ إذ كيف أن استخدام أسلوب السواعد قد أدى إلى إحساس المدمن بخطورة مشكلته فقدم إلى العلاج ، وفى الوقت نفسه كان ضعيف التأثير أثناء مقابلة المدمنين مع الأخصائى الاجتماعى وعدم تنفيذ ملاحظته ، مع أن هذا الأسلوب قد تم تطبيقه من جانب مجموعة أغلبهم من الأخصائيين الاجتماعيين فى إحدى المؤسسات الاجتماعية؟!.

ودراسة محمد مدحت أبو بكر الصديق (١٩٩١) عن : فاعلية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى علاج العائدين الى إدمان الهيروين ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد، وتحسين الاتصالات داخل أسر العائدين إلى إدمان الهيروين (**محمد مدحت أبو بكر الصديق، ١٩٩١**).

وتأتى دراسة (**نائلة عيسى عفيفى، ١٩٩٣**) عن : العلاقة بين ممارسة فريق العمل مع الجماعات والتأهيل الاجتماعى للمدمن، حيث اختارت (٣٠) مسجوناً من المدمنين فى سجن طره البلد، وقسمتهم إلى مجموعتين بواقع (١٥) سجيناً فى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، وقد استمرت لمدة (ستة) أشهر ، تطبق البرنامج مع المجموعة التجريبية فقط ، من خلال الأنشطة: الرياضية والثقافية والفنية والمناقشات الجماعية، مستخدمة القياس القبلى والبعدى . وبالفعل توصلت إلى وجود تغيرات طرأت على سلوك أعضاء المجموعة التجريبية نحو التأهيل الاجتماعى للسجين المدمن (**نائلة عيسى عفيفى، ١٩٩٣**) ، على الرغم من أن الباحثة فى أكثر من موضع فى رسالتها تذكر عديداً من العقبات والصعوبات وعدم التعاون أحياناً من قبل إدارة السجن فى تنفيذ برنامجها التأهيلى. كما أن عملية التأهيل نفسها تحتاج إلى عديد من الضوابط والخطوات؛ خاصة ضرورة تدريب العاملين فى السجن على كيفية التعامل مع متعاطى المخدرات المسجونين، وهو ما افتقدت إليه هذه الدراسة وغيرها.

وقامت صفاء خريبة (١٩٩٨) بدراسة مجموعة من المدمنين بواسطة العلاج النفسى الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان، وقامت بتطبيق مقاييس: مراجعة الأعراض وتقدير الشخصية قبل وبعد

التعرض للعلاج، وقد أشارت النتائج إلى خفض معدلات الانفعالات السيئة وأن المشاركين قد أظهروا تحسناً تدريجيًا فى مستوى تقدير الذات والثبات الانفعالى والنظرة الايجابية للحياة ، مع خفض فى معدلات درجات الاكتئاب والوسواس القهرى والحساسية فى العلاقات الشخصية المتبادلة والقلق والأعراض الجسمانية (**صفاء خريبة ، ١٩٩٨**) .. إلا أنه يؤخذ على هذه الدراسة عدم متابعة هؤلاء المدمنين لفترة كافية، ورصد كافة معدلات التحسن فى العلاقات الأسرية والعمل ، وأن التغير فى درجات الاختبارات لا يعد مؤشراً كافياً للحكم على التحسن.

ودراسة مدحت عبد الحميد أبو زيد (١٩٩٨) عن الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى، حيث قام بدراسة مجموعتين من المدمنين مجموعة انتهت لتوها من علاج الأعراض الانسحابية ، والمجموعة الثانية تتردد على العيادة الخارجية، وقد أشارت النتائج إلى تحسن فى نتائج المجموعة المترددة خارجيًا (**مدحت أبو زيد ١٩٩٨ ، ص ص٢٠٩-٢٩٣**) ، وأن الفاصل الزمنى هنا مهم جداً وقد تم إغفاله فى المقارنة.

وفى دراسة لعبد الله عسكر ، بعنوان «فعالية السيكودراما ولعب الأدوار فى علاج مرضى إدمان الهيروين من نزلاء المستشفيات ، فى برنامج علاجى بالسيكودراما بمستشفى أمل الرياض ؛ حيث شارك (٦٠) مريضا لمدة ستة أشهر ، كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جماعة المدمنين المشاركين وغير المشاركين فى تحسين الحالة الوجدانية والاستبصار والمهارات الاجتماعية، إضافة إلي تزايد القدرة على التعبير الانفعالى والتفاعل الاجتماعى وتخفيف مشاعر القلق والاكتئاب ومشاعر الخزى والذنب لدى المشاركين (Asker, 1996) .

ودراسة للباحث محمد حسن غانم عن : برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنيسة وانخفاض مستوى توكيد الذات .. وقد سبق الاشارة إلي نتائج هذه الدراسة (**محمد حسن غانم ٢٠٠١ ، ص ص ٢٧٨-٣٠٦**) .

ب- الجهود الاجنبية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعى

من خلال مسح التراث الأجنبى الخاص بهذا الجانب ، لم نعثر-أيضاً على كم كاف من الدراسات التى تناولت جانب التأهيل، إلا أنها كانت دراسات جادة وفى (صلب) الموضوع ؛ إذ تأتى دراسة تيكهومان وآخرين **Teichman, M *et al.*, 1998** عن تأهيل مجموعة من المسجونين المدمنين، وتمت الدراسة فى أحد السجون

الإسرائيلية، وقد نص البرنامج على تكنيكات متعددة من العلاجات النفسية والاجتماعية ومشاركة أسر هؤلاء المدمنين فى البرنامج العلاجى ، وقد أثبتت التقييمات النهائية وجود تحسن فى سلوكيات هؤلاء المدمنين ، انعكست فى علاقاتهم الجيدة مع الآخرين.

(Teichman , M *et al.,* 1998., pp. 59-70)

ودراسة برنامج لتأهيل مجموعة من المتعاطين الناقهين بواسطة إلحاقهم بأعمال خاصة بالزراعة وتنسيق الزهور، وقد أكسبهم العمل مزيداً من المهارات الشخصية Skills Perisones ، والتى أمكن تطويرها لديهم بعد تأهيلهم اجتماعيات ومهنياً فى مثل هذه الأعمال، وكانت هذه العينة من المتعاطين تعانى من مجموعة متشابكة من المشاكل الاجتماعية والتى نتجت عن التعاطى.. إلا أن العمل فى مجال تنسيق الزهور Horticultural كان تأهيلاً علاجياً لهم .

(Rice *et al.,* pp. 257-284)

ودراسة بوند بيتر Bond-Peter 1988 عن اجراءات إعادة تأهيل مجموعة من متعاطى المخدرات فى أحد السجون بالمملكة البريطانية ، من خلال تطبيق برنامج التأهيل والالتزام ببنوده .. أن (أثاروا) دافعية المدمنين/ المسجونين نحوه، وقد أدى الالتزام بهذا البرنامج إلى تحسن فى سلوكيات هؤلاء المدمنين المسجونين **(Bond-Peter 1998., pp. 83-88)**

(Cunnighn, J *et al.,* 1998., pp. 167-177)

ودراسة **(Teichman, M , *et al,* 1998)** ، والتى تناولت بالتأهيل مجموعة من المسجونين المتعاطين فى بعض السجون الإسرائيلية، وكان البرنامج ينص على ضرورة المشاركة فى برنامج علاجى نفسى، إضافة إلى إقامة جلسات نفسية لأسر هؤلاء المتعاطيين، إضافة إلي ضرورة تأكيد تواجد نماذج وقدوة جيدة ، يحتذى بها المدمن المسجون . وقد أثبتت التقييمات النهائية وجود تحسن ملحوظ فى سلوكيات هؤلاء المدمنين المسجونين ؛ مما انعكست فى علاقاتهم الاجتماعية الجيدة مع الآخرين **(Teichman, Meir *et al.,* 1988., pp. 59-70)** ، وتثير هذه الدراسة قضية ليس المهم المكان ، بل مدى الجدية والدافعية فى تنفيذ برنامج التأهيل ومن خلال فريق مدرب على ذلك.

ودراسة **(Broch, U., *et al.,* 1999)** حيث تم استعراض تجربة تأهيل نفسى لمتعاطين كانوا يعانون من اضطرابات اكلينيكية حادة من نوع التشخيص المزدوج Dual Diagnosis ، وقد تم تقسيم هؤلاء المدمنين إلي ثلاث مجموعات:

– ٣٥٣ من المتعاطين الذين ارتبكوا جرائم وانتهكوا القانون.

– ٤٩٩ من المتعاطين الذين لم يرتكبوا جرائم ، وليس لديهم مشاكل كبري مع التعاطى.

– ١٠٣ من المتعاطين الذين يتم علاجهم ، من خلال المنظور البيولوجى / النفسى الاجتماعى Bio-Psycho Social .

وقد أظهرت النتائج أن المجموعة التي تم استخدام الأسلوب العلاجى الشامل (Bio-Psycho Social) قد أظهرت قدراً أكبر من التحسن مقارنة بالمجموعتين الأخرتين ، واللتين لم يتم التعامل معها وفقاً لهذا المنظور (**Broch. U, *et al.*, 1999., pp. 173-182**) ؛ مما يؤكد حقيقة ضرورة التعامل الشامل مع قضية تعاطى المخدرات.

ودراسة روس وآخرين Rouse, *et al.*, 1999 عن تأثير العلاج النفسى من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعددة الأوجه (المينسوتا) الصورة الثانية، ومن خلال تقسيم المتعاطين الكحوليين إلى ثلاث مجموعات:

– المجموعة الأولى وعددهم (٦٤) متعاطياً ، يعانون من مشاكل من النوع الكامن.

– المجموعة الثانية وعددهم ٦٨ من مسيئي الاستخدام.

– المجموعة الثالثة ضابطة (أى لم تتعرض لأية علاجات نفسية).

وكان متوسط الأعمار فى المجموعات الثلاث ٣٧,٧ عاماً ، وقد أظهرت النتائج تحسنا من خلال نتائج التطبيق (البعدى) لمقاييس الـ **Mnpi-2** (**Rouse *et al.*, 1999 pp. 101-107**)؛ خاصة إذ أخذنا فى الاعتبار أن هذه الدراسة قد استمرت ما يزيد عن الأشهر الستة ، وهى فترة معقولة نسبياً تجعلنا نثق–إلى حد ما – فى مقدار التغيرات الإيجابية التى حدثت ، وإن كان التغير فى نتائج الاختبارات غير كاف.

وفى دراسة لـ جروم وزملائه Jerome. D, *et al.*, تم استخدام اختبار الشخصية المتعدد الأوجه–الصورة الثانية– على مجموعتين من المدمنين إحداهما تتلقى علاجاً وتأهيلاً نفسياً والأخرى تتلقى علاجاً طبياً فقط ، وتم تطبيق الاختبار قبل بدء البرنامج ، فلم يجدوا أى فروق تذكر بين المجموعتين حيث الدرجة المرتفعة على المقاييس ، وبعد تطبيق البرنامج العلاجى النفسى ، وإعادة تطبيق الاختبارات نفسها وجد انخفاضاً فى درجات المقاييس الإكلينيكية فى المجموعة ، التى تلقت علاجاً نفسياً وتأهيلياً (**Jerome. D *et al*, 2001., pp. 524-540**) ؛ مما يؤكد أهمية التأهيل النفسى للمتعاطين.

ودراسة ديمف وآخرين عن علاج المتعاطين المنتكسين بواسطة استخدام العلاج العقلانى المعرفى، وقد أفادتهم الجلسات العلاجية الجماعية فى كيفية التعامل مع الاشتياق للمخدر Craving ، وبالتالى منعت الانتكاسات، كما أن نتائج الجلسات العلاجية الجماعية قد انعكست نتائجها الجيدة فى سلوك هؤلاء المتعاطين ، من خلال إظهارهم القدرة على كيفية التعامل مع عديد من المشاكل .. وبالتالى فإن ذلك قد مثل حصناً لمنعهم ووقايتهم من الانتكاسات

(Dimeff *et al*, 1998., pp. 513-525) Relapes Prevention

ذلك لأن الإدمان فى جانب منه أفكار غير عقلانية مرتبطة به، ومن ثم فإن (دحض) Dispute مثل هذه الأفكار قد ينعكس إيجابيًّا على الحالة الوجدانية ثم السلوكية بعد ذلك.

ودراسة بنت وآخرين على مجموعة من المتعاطين عددهم (١٣) رجلا وامرأة وقد مروا بتجربة العلاج من التعاطى وقد استمروا فى معسكر علاجى therapeutic camping؛ حيث مروا بخبرة عديد من البرامج العلاجية والتأهيلية وكيفية منع الانتكاسة. ومقارنتهم بمجموعة تعرضت فقط لبرنامج (منع الانتكاسة) عددهم (١٨) رجلا وأمرأة، وتم تطبيق استبيان قبلى وبعدى ، ولم تظهر النتائج وجود أية اختلافات بين المجموعتين فى أبعاد:

- علاقات التعاطى .
- التحكم الداخلى Locuse of Control .
- الضغوط Sterss .
- مهارات حل المشاكل Problem Solving .

مع العلم بأن المعسكر العلاجى قد استمر فقط لمدة ثلاثة أيام ، وعلى الرغم من ذلك وجد تحسن ملحوظ فى المجموعة التى تعرضت لمجموعة من العلاجات النفسية؛ حيث إن ذلك شجعهم على الاستمرار فى الانضمام بعد ذلك إلى جماعات الدعم الذاتى ، والتى تهدف إلى أن يحيا الشخص دون مخدر.

(Mennet, *et al.*, 1998., pp. 469-479)

مما يؤكد حقيقة أن المعسكرات ذات الفترات القصيرة قد لا تكون مجدية فى التعامل مع حالات الانتكاسة.

ودراسة يند وآخرين عن تأثير التردد على العيادة الخارجية After Care من خلال مجتمع علاجى، ضمت الدراسة مجموعة من المدمنين متنوعة الإدمان (٨٨١

مدمناً لأكثر من عقار، ٦٣٨ مدمن كحوليات، ٢٠٣ يستخدمون عقاقير طبية غير مصرح بها، ١٢٥ يعتمدون على مواد نفسية أخرى)، وقد أشارت النتائج إلى وجود تحسن لدى هؤلاء المدمنين؛ خاصة المدمنين (الناقهين)، والذين حرصوا على مواصلة البرنامج العلاجى، وكذا استمرار الانضمام إلى جماعات الـ AA، والـ NA، حيث وضعوا لأنفسهم أهدافاً يسعون إلى تحقيقها، من خلال مراحل التأهيل المختلفة التى أتبعوها عكس حال الأشخاص، الذين انقطعوا عن مواصلة البرنامج العلاجى، وبالتالى تزايدت لديهم حالات الانتكاسة.

(Unade. V *et al.,* 1998, pp. 1611-1627)

مما يؤكد أن الدافعية واستمرار الارتباط بالبرنامج العلاجى له دور جاد مهم فى أستمرار التعافى.

ثم نجد عديداً من الدراسات والفصول، التى خصصت للحديث عن التأهيل، ونتائجه فى عديد من المجتمعات الأوربية مثل التأهيل فى المجتمع العلاجى فى إيطاليا (Grazia, C1994) وروسيا (Uakov. G& viadimir, Z, 1998) وبولندا (Granza, S et. al., 1998)

تلك كانت أبرز الدراسات الأجنبية فى الفترة الأخيرة، والتى أجريت فى مجال التأهيل بشقيه النفسى والاجتماعى، وإن كان كم الدراسات التى أجريت فى مجال الوقاية كثيراً، انظر على سبيل المثال:

(Souaif *et. al.,* 1982a:1982b)

(Polansky, J . M, 1999., pp. 186-198)

(Lisnor, L & Harding C.G & safer, L.A, 1998., pp. 301-311)

(Kim, S, *et al,* 1998., pp. 283-301)

(Covingto, H, 1999., pp. 82-87)

(guen, F, *et al.,* 1998., 119-131)

(Ryan, J, *ét al.,* 1999., pp:23-60)

كذلك انظر: (عويد سلطان المشعان، ٢٠٠٠) (نجوى الفوال، ٢٠٠١)، (أحمد عكاشة ١٩٩٤، ص ص ٢٤٣-٢٤٩).

محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات شهادات واقعية

أ-فى مصر:

إن المتتبع لتاريخ تأهيل متعاطى المخدرات نفسيًا واجتماعيًا فى مصر يجده قد بدأ منذ العام ١٩٠٥ حيث أسست جمعية المسكرات ، وكان نشاطها مقصوراً على مكافحة المواد المسكرة ثم أعيد إشهارها سنة ١٩٦٧ ؛ طبقًا للقانون رقم ٢ لسنة ١٩٦٤ وأصبح أسمها : الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٨٤، ٤٨) ، ثم توالت العيادات الأهلية غير الحكومية لعلاج الإدمان، أشهرها عيادة العتبة الخضراء وعيادة السيدة زينب ؛ حيث تم إنشاء العيادة الأولى عام ١٩٦٨، وبلغ عدد المترددين عليها كمثال- عام ١٩٧٠- ما يقارب الـ ١٤٥٥ مدمناً (**جمال ماضى أبو العزايم ١٩٨٤ ، ص ٥٤**).

ورغم حجم كارثة التعاطى.. إلا أن الواقع يقول: إن لدينا فى أكثر الإحصاءات تفاؤلاً نحو (٢٠٠) سرير لا غير حكومى وغير حكومى لعلاج كل حالات الإدمان فى مصر، وإن تكاليف علاج كل حالة تعاطى للمخدرات سواء داخل مصحة حكومية أو داخل مصحات خاصة استثمارية ، تتراوح ما بين ١٥٠ و٢٠٠ جنيهاً فى اليوم الواحد (بأسعار عام ١٩٨٥ مثلا) وهو مبلغ لا يقدر عليه إلا القادرون، ناهيك عن أن عديداً من المصحات لا تزيد المتعاطين إلا زيادة فى التعاطى ، من خلال طابور الممرضين والممرضات الطامعين إلى زيادة دخلهم ، كما لا يوجد لدينا فى الغالب إلا علاج طبى للتعامل مع الأعراض الانسحابية. كما لا توجد متابعة شاملة للمتعاطين للعمل على عودتهم (أو دمجهم) إلى نسيج مجتمعهم (**محمد حسن غانم، ١٩٩٦ ، ص٢١٠**).

وأما العيادات التى تدعى أنها تعالج حالات تعاطى المخدرات .. فإن واقعها يدعو إلى اليأس ؛ إذ يبلغ عدد أندية الدفاع الاجتماعى (١٤) نادياً والجمعية المركزية (٨) فروع، وبعض عيادات التأمين الصحى والصحة المدرسية، ومعظمها يعمل بنظام العيادة الخارجية، وهو نظام لا يجدى فى علاج متعاطى المخدرات خاصة فى المراحل الأولى.كما أنه فى المؤسسات الحكومية يعامل تعاطى المخدرات ، كأحد الأمراض النفسية التى يواجهها الطبيب (الممارس العام) ، ولا يتم النظر إليه كمشكلة قائمة فى حد ذاتها (**جمعة سيد يوسف ١٩٨٩ ، ص٧٠**).

وفى حوار مع مدير عام الدفاع الاجتماعى (*) حول وجود أو عدم وجود تأهيل نفسى /اجتماعى من خلال الادارة العامة للدفاع الاجتماعى ، أفاد سيادته بالآتى:

- أن فكرة التأهيل بمعناها العلمى/الموضوعى غير موجودة بشكل موسع فى مصر.
- أن التأهيل يحتاج إلى ميزانية كبيرة ، وميزانية كل إدارة دفاع اجتماعى لاتتعدى الـ (٣) آلاف جنيهاً فى العام.
- إن هذه الميزانية تكاد تسمح بالكاد بدفع فواتير الماء والكهرباء وأجرة الساعى أو العامل.
- وأن نادى الدفاع الاجتماعى هو فى الغالب حجرة فى مكان ما، أو على أحسن الفروض شقة صغيرة فى منطقة سكنية معينة.
- ونهتم فقط من خلال الأنشطة بطرق الوقاية، أما العلاج والتأهيل فلا أساس له فى خططنا ؛ لأنه يحتاج إلى إمكانات مالية هائلة وطاقات بشرية لديها الدافعية والاستعداد.
- وأن سبب كثرة الانتكاسات هو عدم تأهيل المدمن، وأن التعامل معه وفقًا للمنظور الطبى فقط غير مجد وغير مفيد.
- ولا يوجد مستشفى للإدمان متخصصة فى مصر، فقط توجد عنابر للادمان ملحقة بمستشفيات الأمراض النفسية والعقلية.
- وأنه من خلال ما شاهده من تجارب التأهيل فى الولايات المتحدة الامريكية أدرك حقيقة أنه تنقصنا فكرة التأهيل بمعناه الشامل.

وفى ضوء مسح التراث العلاجى والتأهيلى فى مصر ، وجد الباحث أربع محاولات للعلاج والتأهيل، منها تجربة تأهيل المدمنين فى مستشفى الخانكة والتى جاءت- على عجل- ونتيجة للقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، والذى نص على أن الدعوة الجنائية لا تقام ضد المدمنين الذين يتقدمون من تلقاء أنفسهم بطلب العلاج، ويجوز للمحكمة - فى بعض الأحوال- أن تحكم على المدمن بالعلاج الإجبارى فى إحدى مصحات الدولة بدلاً من أن تحكم عليه بالسجن، ولا يجوز للمدمن أن يغادر المصحة قبل ستة أشهر من إيداعه ، ولا أن يبقى مدة تزيد عن السنتين ، حينما تقرر

(*) يشكر المؤلف الأستاذ / مصطفى زكى مدير عام إدارة الدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية على تعاونه .

تشكيل لجنة لهذا الغرض، إلا أننا نتفق مع ما أورده أ.د.مصطفى سويف من حيث أن هذه التجربة كان لها وعليها عديد من التحفظات (**مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص ١١٨-١٢٠**).

ومن الجدير بالذكر أن عينة إدمان دكتوراه فاروق عبد السلام قد تم سحبهم من الأفراد المتواجدين فى هذا (الجناح) من المستشفى ، وكان من أدوات دراسته المناقشات الجماعى ، إلا أنه قد أورد فى النتائج أنه قد واجه عديداً من الصعوبات لإتمام المناقشات الجماعية ، وأهم هذه الصعوبات عدم وجود حجرة مجهزة لذلك (فاروق عبد السلام ١٩٧٧)، كما أننا لا نستطيع أن نعتبر ما كان يتم فى هذا الجناح الملحق بمستشفى للأمراض النفسية والعقلية (معظم حالاتها متدهورة) تأهيلاً بالمعنى الذى سبق توضيحه ؛ لأن العلاج كان يقتصر على أمرين:

الأول: إزالة السموم من الجسم (أى التدخل الطبى الأحادى فقط).

الثانى: العلاج بالعمل (ولم يكن متوافراً أو متنوعاً بالقدر الذى نستطيع أن نطلق عليه تجاوزاً تأهيلاً).

وفى تجربة ثانية ذكرها كل من مصطفى سويف وجمال أبو العزايم ، وتمت فى عيادتين خارجيتين غير حكوميتين (إحداهما فى العتبة الخضراء والثانية فى حى السيدة زينب) بهدف إلقاء الضوء على العلاج النفسى ، مقروناً بالعلاج أو الوعظ الدينى لمدمنى الأفيون، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى:

- مجموعة تتلقى العلاج الطبى فقط.
- والمجموعة الثانية تتلقى العلاج الطبى مقروناً بالعلاج النفسى الجماعى.

وكانت المفاجأة أن الذين تحسنوا هم أفراد المجموعة التى تلقت علاجاً طبيًّا فقط، وقد فسر ذلك سويف بأن المجموعة التى تلقت علاجاً طبياً كانت تمارس أنشطة فى هذا النادى، وأن النتيجة جاءت لتؤكد المقارنة بين مجموعتين احداهما تتلقى علاجاً جماعيًّا حرًا والثانية تتلقى علاجاً جماعيًّا رسميًّا. (**مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص ١٢١-١٢٧**) ، (**جمال ماضى أبو العزايم ، ١٩٨٤، ص ص ٥٥-٧٥**)، مع الأخذ فى الاعتبار أن مثل هذه العيادات لا تصلح لأن تكون مكانا للتأهيل، ناهيك عن عدم صلاحيتها للتعامل مع مدمنى الهيروين مثلاً.

وفى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ، تحدث أحمد أبو العزايم عن تجربة المستشفى الخاص بهم عن تأهيل تعاطى المخدرات، وكان

التأهيل الذى يتم للمتعاطين يتمثل فقط فى الرسم (أى التأهيل بالفن على حد تعبيره) ومن خلاله أن يسمح للمتعاطى إما أن يرسم رسماً حراً، أو أن يستخدم الألوان فى تكوين رسومات للوحات معدة مسبقاً (فراغات هندسية) بحيث يسهل تحليل وتقييم عمله فيما بعد ، بواسطة فريق متخصص يتكون من الطبيب والاخصائى النفسى والفنان (**أحمد أبو العزايم، ١٩٨٦ ، ص ص١٥٤-١٥٦**) . وجدير بالذكر أنه رغم اعتراضنا على فكرة (فرض) نموذج للتأهيل على جميع المتعاطين لدرجة أن ميخائيل جوسوب (٢٠٠) يسخر من ذلك قائلاً بفكرة (العلاج السريرى البروكراستى) (*)(**ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠ ، ص٤٥٣**) . وفى سؤال لعديد من العاملين فى هذا المستشفى ، أكدوا للباحث أن التأهيل بالرسم فى الوقت الراهن لم يعد موجوداً الآن.

ويتحدث يحيى الرخاوى (١٩٩٣) عن المدمن فى المجتمع العلاجى، ومن خلال تجربته فى علاج متعاطى المخدرات .. نجد أن الأسلوب الوحيد الذى يتبع هو جلسات علاجية جماعية يحضرها المدمنون (بغض النظر عن نوع إدمانهم أو حتى تاريخهم ودوافعهم) مع المرضى النفسيين، إضافة إلى ما يسميه العلاج التنشيطى أى العدو أو الهرولة فى الصباح الباكر أو اللعبات الجماعية ، وكذا القيام -أحياناً- ببعض الرحلات كمثال لكسر الرتابة والمشاركة الجماعية (**يحيى الرخاوى، ١٩٩٣ ، ص ص ١٤٩-٢١١**) .

ويتضح أيضاً من خلال هذه التجربة أنها تفتقد إلى ما نقرؤه عن ضرورة التأهيل ومحاورة المتعددة، والخلاصة أنه لا يوجد تأهيل- بالمعنى العلمى والموضوعى لعلاج تعاطى المخدرات فى مصر- فعلى سبيل المثال لا يوجد مستشفى حكومى متخصص لعلاج تعاطى المخدرات، كما أن عديداً من الهيئات الحكومية أو الأهلية- لا تتعاون معاً فى إنشاء مثل هذه المستشفى، فلماذا لا يكون مثل هذا المستشفى (المجتمع العلاجى) فى أى مكان فى صحارى مصر، ولتكن مثلا صحراء سيناء الشمالية أو الجنوبية أو حتى صحراء بلبيس ، بحيث يتم عزل حالات التعاطى الميئوس منها، أو التى وصل بها الأمر درجة كبيرة من التدهور وعلى كافة الأصعدة،

(*) أسطورة بروكراست توضح كيف أن هذا اللص كان يهاجم المسافرين ويقيدهم راقدين على سرير، فإذا كانوا أطول من السرير يقوم بتقطيع الأجزاء الزائدة من جسدهم حتى تتلاءم أطوالهم مع طول السرير ، واذا كانوا أقصر يقوم بجذب أطرافهم وشدهم حتى يصبح طول السرير وطول المسافر متطابقين .

ومن خلال استخدام محاور التأهيل السابقة (الشاملة) ، يمكن أن نوجه أو ندرب مثل هؤلاء المتعاطين على أعمال وهوايات مفيدة لهم ولمجتمعهم؛ لأننا فى علاج وتأهيل المتعاطى بحق لا يكفى أن نخلص المدمن من سلوكيات الإدمان ، وهذا يعد فى حد ذاته هدفاً أوليا مرتبطاً بهدف تالٍ ، وهو أن نعيد تأهيله الشخصى أى نكسبه مجموعة جديدة من العادات والمهارات التوافقية ؛ بحيث يصبح قادراً على التعامل مع الضغوط أو مصادر المشقة الشخصية والبيئية تعاملاً لا يخل بالقواعد الأساسية للصحة النفسية **(لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢ ، ص ٢٤٢)**.

وإذا كان الهدف الأساسى من المؤسسات التى تهتم بقضية تعاطى المخدرات تركز على الوقاية .. فما الحل بالنسبة للشخص الذى وقع فعلاً وتورط فى (فعل) تعاطى المخدرات، فلن يضر نفسه فقط، بل قد يدفع آخرين معه إلى الدائرة نفسها، ناهيك عن انضمامه إلى دائرة العنف والإجرام، أو قد ينشر عديداً من الأمراض الوبائية الخطيرة بين أفراد متعددين من أفراد المجتمع، مما يجعلنا نقول بكل ثقة أن العلاج وإعادة التأهيل مسألة ومطلب ضرورى ، وليس ترفاً فى مسألة لا تحتمل أنصاف الحلول. والخلاصة إما أن يكون هناك تأهيل (وفق أسس علمية وموضوعية كما سبق وأوضحنا) ، وإما أن نظل سادرين فى رفع الشعارات .. ورغم طنينها فلن تخفى حجم المأساة. ونتفق مع ما أوردته لجنة المستشارين العلميين من ضرورة الأخذ بفكرة المجتمعات العلاجية، ومراكز الانتظام العابر بما يتناسب مع خصوصيتنا كمصريين، وأن يضطلع الخبراء المصريون بوضع البرامج لإقامة وتشغيل مثل هذه المجتمعات العلاجية ومراكز الانتظام العابر ، مع الأخذ فى الاعتبار ضرورة أن يكون الفريق العلاجى مدرباً على أحدث الوسائل ، مع زيادة الحوافز والدافعية للعمل مع مثل هذه الفئات **(لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢، ص ص٢٣٩-٢٤١)**.

محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المواد المخدرة :

ب- فى البلاد العربية (المملكة العربية السعودية نموذجا)

أتيح للباحث أن يكون عضواً بالفريق العلاجى بمستشفى أمل الدمام لعلاج متعاطى المخدرات لمدة تقارب الخمس سنوات، مع الأخذ فى الاعتبار أن المملكة قد أنشأت- حتى الآن- أربع مستشفيات متخصصة لعلاج متعاطى المخدرات فى الدمام- جدة-الرياض-القصيم-مع استقطاب الشركات الطبية (المسئولة عن إدارة مثل هذه المستشفيات) أفضل العناصر من مختلف دول العالم لمواجهة المشكلة (من خلال شركة شارتر الأمريكية) ، مع الأخذ فى الاعتبار أن العلاج يتم بالمجان مع

توفير كافة الخدمات الصحية والكسائية والغذائية والترفيهية للمتعاطين وبالمجان، ويسمح نظام سياسة إدارة مثل هذه المستشفيات بأن يتطوع متعاطى المخدرات بالدخول بإرادته (أربع) مرات .. فإذا انتكس أو تم القبض عليه متلبساً من قبل إدارة مكافحة المخدرات ، فإنه يتم وضعه فى جناح يشرف على إدارته (ضابط المكافحة) ، لكنهم يتلقون العلاج مثلهم مثل أقرانهم فى الأجنحة الأخرى ، وإن كانت درجة حريتهم فى التنقل – بالطبع – محدودة ، ويخصص جناح B لتخليص متعاطى المخدرات من إزالة آثار السموم، فإذا انتهت هذه المرحلة ينتقل إلى الأجنحة الأخرى التأهيلية ؛ حيث يتم التعامل معه من قبل الإخصائى النفسى والاجتماعى والمرشد الدينى ومرشد التعافى CDC ، وكذا أخصائى التأهيل، إضافة إلي استخدام عديد من أنواع العلاجات الأخرى ، مثل: العلاج بالإبر الصينية والإرجاع الحيوى والاسترخاء إضافة إلى العلاج الجمعى والفردى ومقابلة أسر متعاطى المخدرات (أو من خلال الاتصال بهم من قبل أعضاء الفريق العلاجى).

وللأمانة .. فإنها تجربة جيدة ؛ لأن المملكة العربية السعودية تمتلك الإمكانات التى تسمح لها باستقطاب أفضل عناصر العلاج والتأهيل فضلا عن توافر كافة الأدوات والأجهزة التى تتيح القيام بذلك فضلاً عن أن سياسة إدارة تشغيل المستشفى مرنة ويمكن تطويعها وفقاً لاحتياجات متعاطى المخدرات وآراء أعضاء الفريق العلاجى التأهيلى.

وفى تجربة أخرى ذكرها أسامه الراضى ، كانت تتم فى أحد المراكز التى أنشأها لعلاج متعاطى المخدرات، ذكر أنه بعد التعامل مع الأعراض الانسحابية كان يعقد جلسات العلاج النفسى الجمعى فى المسجد، بل ويؤكد ضرورة حضور متعاطى المخدرات الصلوات الخمس وفى أوقاتها ، ومن خلال الرصد والتسجيل لذلك (معتبراً أن أداء الصلوات مع الجماعة) هو نوع من التأهيل (**انظر تجربة أسامة الراضى، ١٩٨٧**).

وإن كنا لا ننكر دور الدين فى الوقاية والتعافى من تعاطى المخدرات .. إلا أننا يجب أن (لا نفرض) نشاطاً – مهما كان– على كافة متعاطى المخدرات، بل لابد ومن خلال التقييم العلمى/الموضوعى، تحديد المشاكل ، ووضع خطط للتعامل مع كل مشكلة ، وأن نتعامل بحق مع احتياجاته أو دوافعه– والتى ربما لا يدرى بها–إلى طريق الإدمان ، بل وإلى الاستمرار فيه رغم كل دعاوى الشجب والاستنكار من الآخرين ؛ لأن متعاطى المخدرات إذا ترك دون تأهيل نفسى واجتماعى ودينى وتأهيل مهنى شامل .. فإنه يكون بؤرة فساد ، قد تدفع الآخرين إلى هاوية تعاطى

المخدرات، أو قد يثير العنف. وارتباط الاجرام بتعاطى المخدرات (أو العكس) لا يحتاج إلى دليل ، وقد خصصت مجلة International Social Science Journal عدد سبتمبر ٢٠٠١ للحديث عن العلاقة القائمة ما بين العنف والمخدرات وانتشار الجريمة ، يستوى فى ذلك عديد من دول العالم المتقدم أو النامى (انظر مثلاً: Alba Zaluar, 2001., pp. 369-378)

وجهة نظر في التأهيل النفسي الاجتماعي لمدمني المخدرات:

من خلال خبرة الباحث فى مجال تأهيل متعاطى المخدرات نفسيا ، والاشتراك مع بقية أعضاء الفريق العلاجى فى تأهيله اجتماعيا وربما مهنيا ، نستطيع أن نقسم متعاطى المخدرات (بغض النظر عن نوع وتاريخ إدمانهم) إلى ثلاث فئات ، هم:

الفئة جـ: وهم مجموعة من الأفراد يحدث أن يدخلوا إلى مجال التعاطى ويخرجوا منه، دون أن تحدث لهم مشاكل تذكر، وهم فئة كبيرة الحجم نسبيًا ونطلق عليهم فئة : الاستطلاعيون أو المكتشفون ، على أساس أنهم ينطلقون إلى التجريب مدفوعين بدافع استطلاعى/انسانى يهدف المعرفة أولاً ، ثم التفاخر بأنه قد جرب (هذا المخدر) ثانياً وكثيراً ما يذكر ذلك لأقرانه ، ونسبة هذه الفئة تقريبا ٨٠٪.

الفئة ب: وهي فئة قليلة العدد، ويقدر عددها بنسبة ١٠٪ إلا أنها إذا دخلت فى مجال (تجريب) الإدمان .. فإنها تصل إلى درجة الاعتماد المرضى/ الكامل على المخدر، بل وأحياناً ما تنتقل فئة منهم إلى أكثر من مخدر، وإن هذه الفئة لا يفيد معها عقاب ولا علاج ، ونطلق عليها فئة «الميئوس منهم» ويندرج تحت هذه الفئة كافة الأفراد، الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية او انحرافات سلوكية بالغة التدهور ، وكذا فئات الشخصية المضادة للمجتمع Anti Social

الفئة أ: وهى تقريباً تعادل حجم الفئة ب نفسه (أى١٠٪) ، وهذه الفئة تدخل فى مجال تعاطى المخدرات، وتتعرض لعديد من خبرات العلاج والعقاب، وقد يحدث أن تجدى هذه الأساليب وتجعلها تتوقف عن التعاطى ، وهذه الفئة نطلق عليها اسم «الصابرون» ، على أساس أنهم يحتاجون إلى وقت أطول للتخلص من مشاكل التعاطى ، سواء بالنسبة لهم كأشخاص أو لمن يتعاملون معهم من أعضاء الفريق العلاجى أو حتى أسرهم.

كيفية تأهيل كل فئة :

الفئة جـ : يكون التأهيل بنشر برامج الوقاية المستندة إلى أسس علمية ، تبتعد عن التهويل أو التهوين (لأن لكل بعد مضاره على المدى القريب والبعيد) ، ويمكن الاستفادة من عشرات البرامج التى صممت فى الغرب ، وكانت تهدف إلى حماية المراهقين وصغار السن من الدخول فى خبرة التعاطى، وكيفية تدريبهم على مواجهة ضغوط الرفاق ، وكيفية مقاومتهم لكافة المؤثرات الاجتماعية أو الثقافية التى تشجع أو تحرض على التعاطى.

(انظر على سبيل المثال برنامج كينمنج Kunmingللوقاية من تعاطى المخدرات (Li *et al.*, 1997) ، وبرنامج فى العمق In-Depth program وفيروس الإيدز وموجه إلى طلاب الجامعات بالصين . وإن البرامج التى سبقت الإشارة إليها كانت موجهة إلى المراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية وتحديداً بولاية كاليفورنيا الأمريكية هادفة إلى تزويد المراهقين باستراتيجيات مقاومة المخدر Lafferty) (1998 وإذا كانت مثل هذه البرامج ستصمم بواسطة خبراء مصريين ، فلا مانع من تطويع مثل هذه البرامج لثقافتنا وخصوصيتنا. مع الأخذ فى الاعتبار إمكانة الأموال الباهظة التى ستتكلفها مثل هذه البرامج .. إلا أن فائدتها تكون متصلة وستمثل درع الحصانة للشباب والمجتمع من الانزلاق إلى دوائر تعاطى المخدرات.

الفئة ب: وأقصد فئة الميئوس منهم ، فأرى أن يتم التعامل مع هذه الفئة تعاملا مجدياً واقعياً بأن تتبع أحد الاتجاهين (أو الاتجاهين معاً):

الاتجاه الأول: تأهيل مثل هذ الفئة فى مستشفيات حكومية لها عديد من المواصفات ذكرها (**محيى الدين أحمد حسين** ،١٩٩٤ ، ص ص٢٩٤-٢٧٦) ، من حيث :

أ – أن تكون هذه المستشفيات مهيأة لهذا النوع من الخدمة ومعدة لهذا الغرض.

ب – توافر كوادر على مستوى عال من التدريب فى مجال التأهيل ، وأن يستمر هذا التدريب للارتقاء بمستواهم فى التأهيل.

جـ – أن تنهض المستشفيات التى تتبنى هذا الدور التأهيلى فلسفة واضحة فى إجراءاتها الخدمية ، تنسق وطبيعة الدور المنوط بها ؛ حيث لابد من وجود تأهيل فعلا وليس من قبيل الدعاية فقط.

د - ضرورة إقامة نوع من التواصل بين المتعاطين الذى يتعرض لتجربة التأهيل داخل المستشفى وإمكانة تفاعله مع المجتمع- فى سياقه الكلى- من ناحية أخرى ، ومن خلال وضع ثلاثة أهداف لهذا الاندماج:

١ - محاولة إمتحان قدرة المتعاطى على الانفتاح مع المجتمع العريض، دون أن تطويه الخبرات السابقة فى اتجاه العودة إلى المخدر.

٢ - تمكين المتعاطى من أن يقف فى ظل انفتاحه على المجتمع العريض مستبصراً ،سواء من خلال ذاته أو من خلال فريق العلاج التأهيلى، بأوجه القوة والضعف فى شخصيته وتفاعلاته.

٣ - تهيئة المتعاطى وتدريب على التجاوب مع مقتضيات الرعاية اللاحق ومتابعته المشمولة بالتقويم ، بعد أن يعود إلي ممارسة أدواره الاجتماعية ويندمج تدريجياً فى نسيج المجتمع.. فإذا فشلت هذه الفئة بعد ذلك فى المحافظة على استمرار التعافى ، نتبع الاتجاه الثانى.

الاتجاه الثانى: عزل هذه الفئة بعيداً عن التجمعات السكانية- فيما يسمى تجاوزا المجتمعات العلاجية- وأن يشغلوا أوقاتهم، ويستثمروا طاقاتهم فى أعمال إنتاجية، كل حسب مهاراته وميوله وقدراته، ويتم تسويق هذه المنتجات، ولذلك يتم تدريبهم على : الاستقلال، الاعتماد على النفس، وإدارة شئون حياتهم، والقدرة على حل ما يوجهونه من مشكلات وضغوط، والقدرة علي أتخاذ القرارات المناسبة ، واختيار البديل المناسب للحل (فى حالة عدم توافر الحل الأمثل من وجهة نظرهم) .إلخ، ثم يتم إعادتهم إلى نسيج المجتمع ، بعد أن يتم التأكد من ذلك ، ووفقاً لمحكات ومعايير معينة (قد تقدر مثلاً بخمس سنوات) مع تشديد فترة النفى أو العقوبة أو الابتعاد عن المجتمع كلما حدثت له انتكاسات Relapes (كأن تزيد مدة العزل مثلاً من خمس سنوات إلى عشر سنوات) ، وفكرة هذا النظام أنه وسط بين فكرة أو مفهوم السجن و(الحياة فى المجتمع).

ويمكن اتباع كلا الاتجاهين مع أفراد هذه الفئة ، ووفقاً لما يكشف عنه «التقويم» الموضوعى لكل حالة.

الفئة الثالث أ: وهم فئة الصابرون ؛ فيتم التعامل معهم وفق هذين المنظورين:

الأول: الوقاية الشاملة على كافة الأصعدة مع ترشيد دور الإعلام (انظر: **محيى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ص٦١-٨٨**) ويمكن -مؤقتاً- إجبارهم على الالتحاق بأجنحة علاج الإدمان فى المستشفيات الحكومية ،وتقديم العلاج التأهيلى الذى يتناسب مع كل حالة.

خــاتمة:

حـاولت هذه الدراسـة فى عـجـالة أن تلقى الضـوء على التـأهيل النفـسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات. وتحتوى الدراسة على خمسة محاور ؛ إذ حاولنا فى المحـور الأول بيان أهميـة التـأهيل للمـتعاطين ، ثم قمنا بتحـديد المفاهيم المرتبطة بالتـأهيل ألا وهى التـأهيل- التـعاطى- المخـدرات ، مع الإشارة السريعة إلى كل ما يرتبط بالمفهوم من قضايا واستشكالات.

وفى المحور الثانـى تحدثنا عن محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخـدرات ، من خـلال دور كل عـضـو فى فـريق العـلاج التـأهيلى- فى التـقـيـيم، التشخـيص، العلاج والتأهيل ، مع التركيز على دور الأخـصائى النفسى الإكلينيكى والأخصائى الاجتماعى.

وفى المحـور الثـالث تحـدثنا عن واقع الدراسـات الميـدانيـة فى مـجـال تأهيل متعاطى المخدرات ، سواء تلك التى أفرزتها الجهود العربية أو الأجنبية . وكان اللافت للنظر – وعلى الرغم من أهمية التأهيل – وجود قلة فى الدراسات التى تناولت تأهيل المتعاطين.

وفى المحور الرابع تحدثنا عن التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات- شهادات واقعية ؛ حيث تحدثنا عن بعض المحاولات التأهيلية فى مصر والبلاد العربية (المملكة العربية السعودية نموذجاً).

وأخيراً وفي المحور الخامس ، قدمنا وجهة نظر فى التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات ؛ حيث قسمنا فئات تعاطى المخدرات إلى ثلاث فئات معتمدين على ما قدمته الدراسات الأبديمولوجية للمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، وكذا خبرة بعض الأطباء النفسيين الذين تعاملوا مع المتعاطين ، مع بيان كيفية تأهيل كل فئة من الفئات الثلاث من مدمنى المخدرات.

والأمل مازال يحدونا أن يلتفت القائمون بالأمر إلى إنشاء مستشفيات ومراكز لعلاج وتأهيل المدمنين ، وأن يتم هذا فى أقرب وقت ، فالإمكانات البشرية (الفريق العلاجى) لاتنقصنا ، ولكن ينقصنا فقط الإمكانات المالية والإنشائية حتى نعبر بسلام أزمة الإدمان ومايرتبط به من قضايا واستشكالات ، وبصورة علمية – موضوعية .

(١) مراجع الجزء الأول

أولاً : المراجع العربية.

ثانياً : المراجع الأجنبية .

أولاً : المراجع العربية

١- أحمد أبو الروس (ب.ت). **مشكلة المخدرات والإدمان**، الإسكندرية : دار المطبوعات الجامعية.

٢- أحمد أبو العزايم (١٩٨٩). **دور التأهيل فى العلاج** . ورقة بحث قدمت إلى المؤتمر الاقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، القاهرة (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١٥٤-١٥٦.

٣ - ابتسام الجعفراوى (٢٠٠٢). **تعاطى المخدرات بين شباب السائقين: دراسة لعينة من شباب السائقين**، القاهرة، المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص:١-٢٦.

٤- أحمد عكاشة (١٩٩٤). **الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة**، القاهرة الندوة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر). منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٢٤٣-٢٤٩.

٥- أحمد عكاشة (١٩٩٢) . **الطب النفسى المعاصر**. القاهرة : الأنجلو المصرية ، ط٥.

٦- أ. لافندر، ف، ن. واتس (٢٠٠٠) . **إعادة التأهيل: الفحص** فى كتاب : مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين. تحرير: ليندر زاى، ج.ى. جول. (ترجمة) صفوت فرج ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ص ص ٥٣٤-٥٤٧.

٧- أ. لافندر ، ف ، ن ، واتس (٢٠٠٠) **إعادة التأهيل: التدخل** فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين. تحرير: ليندر زاي، ج ، ى، جول. (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية ، ص ص ٥٥٠-٥٦٤.

٨- أحمد مجدى حجازى ، شادية قناوى (١٩٩٠). **المخدرات وواقع العالم الثالث. دراسة حالة لأحد المجتمعات العربية**، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، المجلد الأول، العدد الأول ، ص ص ٢٣٩-٢٦٠.

٩ – أحمد مجدى حجازى (٢٠٠٢) : **المخدرات وأزمة الشباب المصرى- دراسة ميدانية لرؤى شباب الاندية ومراكز الشباب،** القاهرة ، المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون ، العدد الأول ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، صص: ٢٧-٤٦.

١٠- أحمد محمد درويش (١٩٩٢) . **دراسة مقارنة فى ديناميات شخصية مدمنى الكحول ومدمنى الامفيتامين بالحقن،** ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس ، القاهرة.

١١- أرثر .ى. جونسما، له مارك بيترسون (١٩٩٧) . **خطة العلاج النفسى .** (ترجمة) عادل دمرداش، مراجعة لطفى فطيم ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٢- أسامة الراضى (١٩٨٧) . **العلاج الجماعى الإسلامى.** الطائف: مجمع الراضى الطبى، المملكة العربية السعودية.

١٣ – المدمنون المجهولون (د.ت) . **الطريق للعلاج من الإدمان .** (ترجمة) شريف فهيم . ناصر لوزا، القاهرة: مستشفى بهمان ، حلوان.

١٤-أنطونى ستور (١٩٩١) . **فن العلاج النفسى،** ترجمة لطفى فطيم، القاهرة، ذار النهضة العربية.

١٥- ثريا عبد الرءوف جبريل (١٩٧٤) . **دراسة للخدمات التى تقدمها الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات ،** ماجستير غير منشورة، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، القاهرة.

١٦- جبيل روز يللينى ومارك ووردن (١٩٩٦) . **القلق والتعافى من الإدمان .** (ترجمة) عادل دمرداش، مطبوعات مستشفى أمل الدمام ، السعودية.

١٧- جمال ماضى أبو العزايم (١٩٨٦) . **الإدمان : أسبابه وآثاره والتخطيط للوقاية والعلاج .** القاهرة: وكالة فينيسيا للإعلان والنشر.

١٨- جمعة سيد يوسف (١٩٩٤) . **تدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات .** القاهرة : الندوة

القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص ٨٩-١١٢.

١٩- جمعة سيد يوسف (١٩٨٩) . **دور الأخصائى النفسى فى علاج الإدمان بين الإمكانة والتحقيق**، القاهرة: مجلة علم النفس ، ع١٢، السنة ٣ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص ٦٥-٧١.

٢٠ - جوليان. ب. روتر (١٩٨٤) . **علم النفس الإكلينيكى** ، القاهرة ، دار الشروق ، الطبعة الثانية .

٢١ - حامد زهران (١٩٩٧) **الصحة النفسية والعلاج النفسى** ، القاهرة ، عالم الكتب ، الطبعة الثالثة.

٢٢ - حسين على فايد (١٩٩٧) . **وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدى متعاطى المواد المتعددة** .مجلة علم النفس، ع٤٢ السنة ١١ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٤٢-١٥٥ .

٢٣- حسين على فايد (١٩٩٤) . **دراسة مقارنة فى الشخصية والأعراض السيكوسوماتية بين متعاطى كل من العقاقير المثبطة والعقاقير المنشطة**، دكتوراه غير منشورة ، آداب عين شمس.

٢٤- حسين على فايد (١٩٩٢) . **دراسة مقارنة لديناميات شخص متعاطى الهيروين ومتعاطى الحشيش** . ماجستير غير منشورة . آداب عين شمس.

٢٥- خالد بدر (١٩٩٤) . **العلاقة بين تعاطى المواد النفسية والاضطراب النفسى**. القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص ٣١٩-٣٣٢.

٢٦- راوية محمود دسوقى (١٩٩٥) . **دراسة فى بعض المتغيرات النفسية لمتعاطى الكحوليات وغير المتعاطين** ، مجلة علم النفس، ع٣٣ ، السنة ٩ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص ١٢-٣٣.

٢٧- راشد بن سعد الباز (١٩٩٩) **الأداء المهنى لمدمنى المخدرات-دراسة ميدانية**، دولة الإمارات، مجلة شئون اجتماعية ، العدد ٦٢ السنة ١٦/ من ص ص ٢٧-٥٨.

٢٨- ريبورت ديبيونت (١٩٨٩) **مكافحة العقاقير المؤدية إلى الادمان** ، ترجمة وليد الترك ورياض عوض ، عمان، مركز الكتاب الأردنى.

٢٩- رشدى فام منصور (٢٠٠٠) . **علم النفس العلاجى والوقائى - رحيق السنين**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٠- سامى عبد القوى، إيمان محمد صبرى (١٩٩٧) . **سوء استخدام المواد المتطايرة لدى الأطفال ،دراسة نفسية اجتماعية استطلاعية**، القاهرة: مجلة علم النفس، ع٤٢، السنة ١١، الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص ٩٢ -١٢٥.

٣١- سعد المغربى (١٩٨٦) . **تعاطى الحشيش-دراسة نفسية اجتماعية**، بيروت لبنان: دار الراتب الجامعى، ط٢ .

٣٢- سعد المغربى (١٩٨٦). **سيكولوجية تعاطى الأفيون ومشتقاته**. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٣٣- سوسن عثمان عبد اللطيف (١٩٨٨) . **دور الخدمة الاجتماعية فى الفريق العلاجى لمواجهة مشكلة الإدمان** . القاهرة: المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان (١٣-١٦ سبتمبر) المعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

٣٤- سيد عبد الحميد مرسى (١٩٧٦). **الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى والمهنى** . القاهرة: مكتبة الخانجى.

٣٥- سيد محمد غنيم (١٩٧٥) . **سيكولوجية الشخصية**: محدداتها - قياسها - نظرياته، القاهرة ، دار النهضة العربية.

٣٦- صفاء صديق خريبة (١٩٩٨) . **مدى فاعلية العلاج الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان**. دكتوراه غير منشورة. آداب عين شمس.

٣٧- طاهر عز الدين شلتوت (١٩٨٨) . **دراسة مقارنة حول استخدام العقاقير المؤثرة فى الحالة النفسية فى كل من مصر والولايات المتحدة الأمريكية**، دكتوراه غير منشورة، طب الأزهر ، قسم الأمراض النفسية والعصبية ، القاهرة.

٣٨- طه عبد العزيز الديب (١٩٨٧) . **ممارسة العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية وتنمية القيم الاجتماعية لمدمنى الأفيون**، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٣٩- عادل دمرداش (١٩٨٢) . **الإدمان-مظاهره وعلاجه** . الكويت : عالم المعرفة ، ع٥٦. المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

٤٠ - عادل دمرداش (ب.ت) **الإرجاع الحيوى** . منشورات مستشفى أمل الدمام ، المملكة العربية السعودية.

٤١- عبد الكريم العفيفى معوض (١٩٨٨) . **مدى فاعلية الأسلوب فى خدمة الفرد فى علاج مشكلات الإدمان : الوقاية- العلاج-المتابعة** . القاهرة: المعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

٤٢- عبد الله عسكر (١٩٨٦) . **تعاطى الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم**، الزقازيق، رسالة ماجستير غير منشورة.

٤٣- عبد المجيد سيد أحمد منصور (١٩٨٦). **الإدمان : أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج** . الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، المملكة العربية السعودية.

٤٤- على مفتاح (١٩٩٥) . **اضطرابات الشخصية والإدمان ،دراسة إكلينيكية** ، المنيا، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، يناير ص ص ١-١٦.

٤٥- علي مفتاح (١٩٩٤) . **ارتجاع موجات المخ الكهربائى فى علاج مدمنى الخمر والمخدرات** - دراسة تطبيقية ، مجلة تربية بنها، عدد أغسطس . ص ص ٨١-١٠٣.

٤٦- عويد سلطان المشعان (٢٠٠٠) . **التجربة الكويتية لمشروع (غراس) الإعلامى للوقاية من المخدرات** . القاهرة: المؤتمر الدولى السابع للإرشاد النفسى (٥-٧ نوفمبر) جامعة عين شمس (كتاب ملخصات المؤتمر) ص٢٣.

٤٧- عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل، رضوى إبراهيم (١٩٩٣) . **العلاج السلوكى للطفل- أساليبه ونماذج من حالاته**، الكويت، عالم المعرفة، العدد (١٨٠)، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٤٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) . **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث- أساليبه وفنيات تطبيقية** ، القاهرة ، الناشر المؤلف، الطبعة الثانية.

٤٩- علا مصطفى (٢٠٠٢): **المجتمعات المستهدفة للتعاطى والاتجار فى المخدرات: دراسة ميدانية فى قسم السلام بمحافظة القاهرة**، القاهرة ، المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ص ص:٤٧-٨٠.

٥٠- عبد العزيز الدخيل (١٩٩٠). **سلوك السلوك- مقدمة فى أسس التحليل السلوكى ونماذج من تطبيقاته** ، القاهرة، مكتبة الخانجى.

٥١- فاروق عبد السلام (١٩٧٧) . **سيكولوجية الإدمان**. القاهرة : عالم الكتب.

٥٢- فتحى عبد الوهاب أمين (١٩٨٩) . **دور الأخصائى الاجتماعى مع الفريق العلاجى لعلاج حالات الإدمان** ، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٥٣- فرج عبد القادر طه، شاكر عطية قنديل ، حسين عبد القادر محمد ، مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، القاهرة ، دار سعاد الصباح.

٥٤- فرج أحمد فرج (١٩٧١) **أسباب الانتقال من تعاطى مخدر إلى مخدر** ، الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطى المخدرات، القاهرة ، المنظمة الدولية للدفاع الاجتماعى.

٥٥- فيكتور سامى (١٩٨٩) . **المجتمعات العلاجية خبرة جديدة فى علاج الإدمان**. بحث قدم إلى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لمواجهة قضية الإدمان على المخدرات، القاهرة (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١٥٧-١٦٠ .

٥٦- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٢) . **استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر-التقرير النهائى** ،القاهرة ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٥٧-لطفى فطيم (١٩٩٥) . **العلاج النفسى الجمعى**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٨- لطفى فطيم (١٩٩٤) . **خطة عمل علاجية وفقاً لتطور مرض الإدمان** ، بيروت، مجلة الثقافة النفسية ، ع١٨ ،م٥ ،لبنان ص ص ١٥-١٩.

٥٩-لويس مليكه (١٩٩٠) : **التحليل النفسى والمنهج الإنسانى فى العلاج النفسى** ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

٦٠- لويس مليكة (١٩٩٠ب) . **العلاج السلوكى وتعديل السلوك**، الكويت، دار التعليم للنشر والتوزيع.

٦١-ليلى عبد الجواد (٢٠٠٢) : **تعاطى المخدرات بين شباب العشوائيات**، القاهرة المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، صص:٨١-١١٨ .

٦٢- ميخائيل جوسوب (٢٠٠) . **علاج مشكلات الكحول والمخدرات**. فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين ، تحرير : س.ل.ليندر زاى ، ج . بول . (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية ، ص ص ٤٤٧-٤٧٨ .

٦٣- ماجدة حسين محمود (١٩٩١) . **سيكولوجية المدمن العائد- دراسة نفسية اجتماعية**، ماجستير غير منشورة ، كلية البنات، جامعة عين شمس.

٦٤- ماهر نجيب إلياس (١٩٩٠) . **العلاقة بين البناء النفسى ونوع المخدر دراسة إكلينيكية** ، دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب- جامعة عين شمس.

٦٥- ماهر نجيب إلياس (١٩٨٦) . **دراسة سيكولوجية لمتعاطى الماكستون فورت**، ماجستير غير منشورة ، آداب عين شمس.

٦٦- محمد حسن غانم (٢٠٠١) . **برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات**، مجلة كلية الآداب، جامعة أسيوط ، ع٧، يوليو ص ص ٢٧٨-٣٠٦.

٦٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٠) . **الدافعية للعلاج لدى المدمنين- دراسة نفسية مقارنة**. القاهرة : المجلة النفسية للدراسات النفسية ع٢٥ م١٠ ، يناير ص ص ٣١-٤٦.

٦٨ -محمد حسن غانم (١٩٩٩) . **إسهام البحوث المصرية فى دراسة الإدمان-دراسة فى تحليل المضمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى عام ١٩٩٧**، مجلة علم النفس، ع٥٢،السنة ١٣ ، ص ص ١٥٠-١٦٣ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٦٩- محمد حسن غانم (١٩٩٨) . **المدمنون وقضايا الإدمان-دراسة نفسية استطلاعية**. مجلة علم النفس ع٤٦ ، السنة ١٢ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص ٧٤-٨٧.

٧٠- محمد حسن غانم (١٩٩٦) . **الديناميات النفسية للاحتياجات/ الضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات-دراسة حضارية مقارنة** ، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٧١ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥) . **الإدمان : أضراره . نظريات تفسيره . علاجه** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٧٢- محمد حسن غانم (١٩٩٤) . **العلاج النفسى لمشاعر الرفض والخجل لدى المدمنين** ، بيروت ، مجلة الثقافة النفسية، مجلد (٥) العدد (١٨) ص ص:٥٢-٥٧.

٧٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٣) . **العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق** ، القاهرة ، الناشر المؤلف.

٧٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٢) . **محاور التأهيل النفسى والاجتماعى لمتعاطى المخدرات** - دراسة نظرية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ مساعد فى علم النفس ، القاهرة ، غير منشورة .

٧٥- محمد شعلان (١٩٨٩) . **مدخل إنسانى لفهم الأسباب والعلاج للإدمان فى جوانبه المختلفة** . بحث قدم إلى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، القاهرة : (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١١٩-١١٢ .

٧٦- محمد شعلان (١٩٧٩) . **الاضطرابات النفسية فى الأطفال**- الجزء الثانى، القاهرة، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية .

٧٧ - محمد شعلان (١٩٨٦) **الهناء بلا كيمياء للآباء والأبناء**، القاهرة، الناشر المؤلف.

٧٨- محمد محمد سيد خليل، محمد المهدى، عماد نصير (١٩٩٤) **السلوك الدينى لدى مدمنى العقاقير والكحول**، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة، مجلد ٤ عدد ٤ أكتوبر رابطة الأخصائيين النفسيين .

٧٩- محمد فتحى عيد (١٩٨٩) . **مسئولية الدولة عن علاج تعاطى المخدرات** . بحث قدم إلى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لمواجهة قضية الإدمان على المخدرات، القاهرة : (٦-٩نوفمبر) ص ص ١٢٣-١٣٥ .

٨٠- محمد فتحى عيد (١٩٨٨) . **جريمة تعاطى المخدرات فى القانون المقارن- الجزء الأول** . الرياض: المركز العربى للدراسات الامنية والتدريب. المملكة العربية السعودية .

٨١- محمد مدحت أبو بكر الصديق (١٩٩١) . **فاعلية العلاج الأسرى لخدمة الفرد فى علاج العائدين إلى إدمان الهيروين**،

ماجستير غير منشور، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية جامعة حلوان.

٨٢- محمد محروس الشناوى (١٩٩٤). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسى**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٨٣- محمود محمد رشاد (١٩٩٧) . **ديناميات العلاقة بين الإدمان والمرض النفسى**، القاهرة: رسالة دكتوراه غير منشورة . آداب عين شمس.

٨٤- محيى الدين أحمد حسين (١٩٩١) . **فى سيكولوجية الاتجاهات وتعاطى المخدرات: المبادىء العامة والاجرائية الحاكمة لتغيير الاتجاهات إزاء تعاطى المخدرات**، القاهرة ، المجلة الاجتماعية القومية، ٢/٢٨، ص ص ١٠٧-١٣٩ .

٨٥- محيى الدين أحمد حسين (١٩٩٤) .**إعادة التأهيل والدمج الاجتماعى لمتعاطى المخدرات**. القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٢٥١-٢٧٨ .

٨٦- محيى الدين أحمد حسين (١٩٩٤) . **تدريب الاعلاميين وترشيد الإعلام**، القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص ٦١-٨٨.

٨٧ - محيى الدين أحمد حسين (٢٠٠٣) . **التأهيل النفسى والاجتماعيى لمتعاطى المخدرات ومدمنيها- الدليل الأول- مدخل** تمهيدى إلى تأهيل مدمنى المخدرات ، القاهرة، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٨٨- مدحت عبد الحميد أبو زيد (١٩٩٨) . **الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى**،

القاهرة، مجلة الإرشاد النفسى ع٨، جامعة عين شمس ص ص ٢٠٩-٢٩٣.

٨٩ - مدحت أبو زيد (١٩٩٨) . **مدى فاعلية برنامج علاجى جماعى معرفى سلوكى (مهارات التأقلم) فى الإقلاع عن التدخين وتخفيف قلقه**، القاهرة، المؤتمر الدولى الخامس للإرشاد النفسى (١-٣ديسمبر) ، ص ص:٢٩٩-٣٦٧.

٩٠- مديحة مصطفى فتحى (١٩٨٨) . **دور الخدمة الاجتماعية فى مواجهة المشكلات الاجتماعية لإدمان المخدرات**، القاهرة: المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان (١٣-١٦ سبتمبر) المعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

٩١- مصطفى زيور (١٩٨٦) . **فى النفس -بحوث مجمعة فى التحليل النفسى والطب النفسى**، بيروت-لبنان: دار النهضة العربية.

٩٢- مصطفى سويف (٢٠٠١) . **مشكلة تعاطى المخدرات (بنظرة علمية)** ، القاهرة: مكتبة الأسرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٩٣- مصطفى سويف (١٩٩٦) . **المخدرات والمجتمع : نظرة تكاملية** ، الكويت: سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٢٠٥.

٩٤- مصطفى سويف(١٩٩٠) . **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الثانوى، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى (المجلد الأول) : مدخل تاريخى ومنهجى إلى الدراسات الوبائية**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩٥- مصطفى سويف (١٩٩٠ب) . **الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩٦- مصطفى سويف (١٩٨٨) . **نحو سياسية وقائية فى مواجهة مشكلة المخدرات فى مصر، خفض العرض**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩٧- مصطفى سويف ، هند طه، خالد بدر، الحسين عبد المنعم وآخرون (١٩٩٥) ، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات- دراسات ميدانية فى الواقع المصرى،** المجلد السابع ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩٨- مصطفى سويف وآخرون (١٩٩١أ) . **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين عمال الصناعة**، القاهرة: المجلة الاجتماعية القومية، المجلد ٢٨، ع١، يناير ، عدد خاص، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩٩- مصطفى سويف (١٩٩١ب) . **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦** ، القاهرة: البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، المركز القومى للبحوث الاجتماعى والجنائية.

١٠٠- مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٩): **ندوة تعاطى المخدرات فى مصر**، القاهرة: الكتاب السنوى فى علم النفس، المجلد السادس، الأنجلو المصرية ص ص ٣٣١-٤٣٠.

١٠١- مصرى عبد الحميد حنوره (١٩٩٣) . **سيكولوجية تعاطى المخدرات والكحوليات**، جامعة الكويت ، مجلس النشر العلمى.

١٠٢- منصور الرفاعى عبيد (١٩٨٨) . **دور الداعية الدينى فى الفريق العلاجى**، القاهرة: المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان (١٣-١٦ سبتمبر) المعهد العالى للخدمة الاجتماعية القاهرة.

١٠٣- ميخائيل جوسوب (٢٠٠٠) . **فحص مشكلات الكحول والمخدرات** . فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين، تحرير: س.ل.ليندر زاى، جن ى. بول، (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة : الأنجلو المصرية - ص ص ٤٢٠-٤٤٦.

١٠٤- نادية حليم (٢٠٠٢): **الحرفيون وتعاطى المخدرات**، القاهرة، المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول،

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص:١١٩-١٣٤.

١٠٥- ناظك عيسى عقيفى (١٩٩٣) . **العلاقة بين ممارسة فريق العمل مع الجماعات والتأهيل الاجتماعى للمدمن**، ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

١٠٦- نجوى الفوال (٢٠٠١) **الببلوجرافيا الشارحة للبحوث والدراسات الاجتماعية حول ظاهرة المخدرات فى مصر** (١٩٥٠-١٩٩٩) القاهرة، المركزالقومى للبحوث الاجتماعية والبنائية.

١٠٧- نجوى الفوال (٢٠٠٢): **ظاهرة المخدرات فى مصر: دراسة توثيقية وتحليلية للبحوث والدراسات الاجتماعية**، القاهرة، المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص:١٣٥-١٥٣.

١٠٨- هند سيف الدين (١٩٩١) .**خصائص شخصية مدمن المخدرات**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠٩- يحيى الرخاوى (١٩٩٣) . **الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمع العلاجى** . القاهرة ، الناشر المؤلف.

ثانيا المراجع الأجنبية

110- Abdel Mawgoud , M, Fateem L and Alsharif, A . (1995). Development of comprehensive treatment program for chemical dependency at AL-Amal Hospital, Dammam, ***Journal of substance abuse tretment,*** Vol, 12, No (5). U.S.A, pp . 3-20.

111- Aktan, G. B (1999) A cultural consistency evaluation of substance abuse prevenation program with inner city African- American Families, ***Journal of primary prevention,*** spr, V. (19) , No (3) pp. 227-239.

112- Alba Zaluar (2001). Violence inrio Je Janeiro: Style of Leisure, drug use and trafficking, ***international Social Science Journal*** 169 V. VIII, No (3) Spe, pp. 369-378.

113- Alterman, Al, O'Brien, C.P & Droba, M (1993) . Day treatment Vs. impatient report. In F.M Time & C.G Levkefeld (Eds) co cain treatment. Research and clinical perspectives (NIDA) Research Monograph No, 135 ***NIH publication, No:93-3639***, (pp.150-162). Rockville, ***National intitute on Drug Abuse.***

114- Anthe Nelli, R.M. pschucit, M.A (1992). Genetics in Substance abuse: ***Acomprehentive text Book***, J.H. owinson, P. Rul2, R.B. Machilan, J. Langard. Eds. 1992 pp. 39-52.

115- Arif, A & Westermeyer, J eds. (1988). ***Manual of drug and Alcohol Abuse***, New york: Plenum Med. Book Co.

116- Asker, Abdalla (1996). ***The effectiveness of Psychodrama and role play for treatment of impatientes with heroin addiction, presented in the first international Conference in drug abuse***, Cairo, Egypt, in press.

117- Author. NG; (1998). ***Title Belief and Therapeutic change***: Astudy of Areligious to drug Rehabuitation (Addiction) conversion, christianity, p. 642.

118- Alcoholics Anonynous, (1976) . the story of . How many thousands of men and women Have recovered formalcohalism, ***Alcohoics Anonymous world services*** , New York , city.

119- Alterman, A., o Brien, C. & Mclellan, A. (1991) . Differential therapeutics far sustance abuse in R.J. frances & R. J . Miller (Eds). ***clinical text book of addictive disorders***, New York Guilford. pp. 369-390.

120- Bagnall G (1988). Use of alcohol an ongert 13 year olds in three areas of Britain, ***Drug and Alcohol Dependence*** 22 pp. 241-251.

121- Barr, H & Cohen. A. (1987). Abuse of alcoholnarcotic, who are they? International, ***Journal of the Addictions,*** V.22, 6, pp.525-591.

122- Barr, H & Antes, D. (1981). Factors relateted to recovery and relapse in follow-up (***final report of project activities***, Grant No. 1HB1 DA01 846) Washington, DC: National Institution Drug Abuse.

123- Bauer , La Nce. O (1002) ***Psycholotiogy of craving in substance abuse a comprehensive textbook***, Lowinson, , J.H; Rvi2 : p . Mill Man, R.B; Longrd, J.G: Williams & Wilkins, 2 ed; (51-55).

124-Beard shaw, V, and to well, D. (1990) ***Assessment and care Managment:*** implications for the implementation of caring for people, Kings Fund Institute Briefing Papernoilo, London; Kings Fund.

125- Beck, Aaron, T; wright, Fd; Newman, C.F & Liese, B.S (1993), ***cognitive therapy of substance abuse,*** the Guilford Press, New York, London.

126- Becker, U., Tonnesen, H & Kass Claesson, N & Giund, C (1989), Menstural disturbances and fertility in chronic woman, ***Drug and Alcohol Dependence*** 24, pp. 25-82.

127-Bell, c & Khantizian, E (1991). ***Apsychodynamic in dual diagnosis in substance abuse***, Gold, M & slaby, A; Marcel Dekker Press Inc, New York: Basel, Hong kong.

128- Bennett Larryw. Cardone, Samuel; Jarczyk, Gohn (1998). Effects of a therapeutic camping program on addiction recavery: the Algonqium Haymarket Relapes prevention program, ***Journal-of-Substance-Abuse-treatment-Sep-Oct***, Vol, (15), No (5) pp.469-474.

129- Blume, S.B (1989) Dualdiagnosis psychactive substance dependence and personality disorder, ***Journal of Psychoactive Druges No (21) vol (2)***; (139-199).

130- Bolansky, Joan M; Buki-lydia, P.(1999). the effectiveness of substance Abuse prerention Videotapes with Mexican American adolescents it ispanic- ***Journal-of-Behavioral Science, V.21, N,2, May***, pp. 186-198.

131- Breham N&Khantzian, E (1992) A Psychodynamic prespective in : J.Lowinson, P. Rui2 R. Millman & J.Langrod (eds). ***Substance abuse second edition*** (106-117) London, William & Wilkins.

132- Brochu, Serge, Guyon; Louise, Des Jardins, Lyne (1999). Comparative profiles of addicted abult population rebabilitation and correctional services; ***Journal-of-substance Abuse, treatment, Vol. (16), N. (2)*** Mar pp. 173-182.

133- Bruehl, Stephen (1994). A case of Broder line personality Disorder in personality; and five factor model of personality; Costa, P.T. Widiger, T.A. **American** ***Psychological A ssociation,*** 2ed; (189-197).

134- Botvin, G(1998). Preventing adolescent drug abuse through life skills training : Theory, Methods, and effectiveness, in: Jounathan, c (Ed) , ***social program that work***, New York: Russell Sage Foundation, pp. 225-257.

135- Berg, I., koning, M & Dee/man, B., (1991) long-Term effects of meaning rehabilition : a contvlled study; ***Nevro Psychological Rehabilit ation*** 1, pp . 97-111.

136- Beck, A. T., (1993) . Cognitive approaches to stress . in R. Wool Folk & P. Lehrer (Eds) . ***princeiples and practice of stress management*** . New York . ***Guilford***, pp. 333-372. (2nd ed).

137- Bellack, A. (1989). A Comprehensive model tratment of schizophrenia in A. Bellack (Ed) , ***Aclinical Guide for the treatment of Schizophrenia*** , New York : Plenum.

138 -Beck, A (1967) . Depression: Coures and treatment . Philadelphia: ***Unversity of Pennsylvania*** Press.

139- Beck, A (1974) . Coping with de. pression. Institute for Relational Living.

140- Chapman, P.L && Huygernsl. (1988). Evalution of three programmes for alcoholism. An Experimental study with six and eighteen-Monthfollow UP, British, ***Journal of Addiction***, V.83, 1, pp. 67-81.

141- Codere, H (1973). The Social and culture Sentext of cannabis use in Rwanda, paper submitted to 6th international congress of Anthropological ***Andeth Nological Sciencess Chicago***, August-Sep, 1-17, U.S.A.

142- The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science (Vol1) (2001) ***Addication***. New York. John Wiley & Sons 3 rd ed, pp. 11-13.

143- The Cosini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science (1996) ***Rehabilitation***, New York, John Wiley & Sons, 2 nd ed pp. 776-777.

144- Corington - Hooly (1999). Community involvement: substance abuse prevention for teens, ***Nursing-and-Health-Care-perspectives***; V. (20), N (2) Mar-Apr pp. 83-87.

145- Cox, Terrance, c. Jacobs, M.R., Leblance, A,E and Marshman, J.A (1996) ***Drug and drug abuse, 2 nd ed***; are fence text, Tornto, Addicition Research Foundation,.

146- Cunningham, - Jogn- A; Herie,- Marilyn; Matin, Grath; T.B. J (1998). tranning probation and parole officers to provide substance abuse treatment: Afield Test, ***Journal-of-offender- rehabilition V.(27), N(1-2),*** pp. 167-77.

147- Campbell, A., (1989) . Women's group therapy: a clilnical experience, ***perspectibe psychiatric care, vol (25), No. (1)***, pp. 10-14.

148-Daley-D.C (1998). Kinking addictive Habits once and for all: Are;Lapse- ***prevention guide, Gossey-Bass***, Inc, U.S.A.

149-Daly, De Nnice. C& Marlatt, Alan (1992) Relapes prevention and behavioral intervention in substance Abuse: A comprehensive textbook, Lowinson, J.H, Rui2, Miaanan, R.B; ***Longard, J.G: Willey Sons & wilkins, 2ed, chapter 41***, pp. 533-542.

150- Deleon, G (ed) (1997). Community as method: ***Theapeutic Communities for Special Population in Special Settings. Westport***, Ct: Green Wood Press.

151- Dimeff-Linda-A, Marlatt, G. Alan (1998). Preventing relapse and maintatning change in addictive behaviors ***Clinical-Psychology- Science and Practic, Win, Vol. (5), N (9)***, pp. 513-525.

152- Donal, D.w& Good Win (1992) A lcohlclinical Aspects in : substance Abuse: ***A comprehensive textbook, J.H, lowin, Son, Milliman & J.G; langated Sed.***

153- DSM, IV (1994). Diagnostic and Statstical Manual of Mental Disorder; fourth edition, ***American Psychiatric Association, Washington.***

154- Edgar, P.,N (1992) Alcoholics anonymouse in : Substance abuse: ***a comprehensive textbook,*** J.H, ***Lowin Sons, R.Rvi2, B. Millhan*** & J.G Langard eds.

155-Erich Good e. (1999). Drugs in American Sociaty, ***McGraw-Hill College***, pp. 381-395.

156- Ernest Keec 1991 Drugs therapy and professional power, problem and pills, Praeger, ***London***, pp. 92-112.

157- Flores, Philip&Mohan, Lisa (1993). ***The treatment of addiction in group , in flores***, Philip (1988).

158- Franks, C., & Barbrack, C. (1986): Behaviour therapy with adults: an integrative perspective. in . M. Herson, A & A. Bellack (Eds) . ***The Clinical Psychologg Hand Book, New York*** : Pergamon Press.

159- George Deleon (1999). Therapeutic communities: Research and Application in :Durg Abuse origins & interventions, Mayer D.G and cbristiner . H (edited) ***American Psychological Association***, Washington, DC.

160- Georgia, B (1998). Evoluation of substance abuse prevention program with inner city ***African-American Families, Drug and Society, V.12***, (1-2) PP. 39-52.

161- Gerstein, Dean, R (1994) Outcome, Research Drug Abuse, Mar-Galanter & Herbert D.K lebey (Eds): ***Text book of substance abuse treatment,*** the American Psychiatric Press, Washington, DC. London, England.

162- Golden, S. Khantzian, E, McAuliffe, W (1994) . Group therapy in text book of substance Abuse treatment, Eds, Marc Galanter & Herbert D. Kleber. The ***American Psychiatric Press***. pp. 303-314.

163- Graham, W. F & Wexler, H.K. (1997). the Amity therapeutic community program at Dono van Prison : program description as method ditherapautic com-

munities *for Special Population and Special Setting Westport*, CT: Green Wood Press, pp. 69-86.

164-Grazia Cancrini (1994). therapeutic communities, ***Journal of Druge issues***, 24 (9) pp. 639-656.

165- Grazyna Swiatkiwcz & Jacek Moskalewicz; Janusz Sievoslawski. (1998). The repeutic communtities as a Major Responce to Drug Abuse in poland , in : ***Harled Klingemann & Geoffreg Hunt, Sage publications, London,*** New Delhi pp. 124-132.

166- Greden. J.F &Walters, A. ( ) Caffein in substance abuse: Acomprehensive textbook, J.H. Lowinson , P. Ruiz, R. B. Millman & J.G. Longman eds. Baltimore: ***Wiliames & Willkins, 2 nd ed,*** pp. 357-370.

167- Grimes, J & Swisher, J (1989) . Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of Alcohol and drugs, ***Journal of Alcohol and Drug Education*** , 35/1, pp. 1-15.

168- Glenn, W (1974): Problems related to survey sampling in the epidemidology of durg abuse: current issuses, Res. ***Movograph Ser, 10, Washington***, DC: NIDA, pp. 154-159.

169- Gossop, Eiser., & Word, (1982). The addicts perception of theiroun drug to king: ***Implication for the Treatment of Drug Dependence . Addictive Behaviours, 7,*** pp. 189-194.

170- Hafeiz, Hassan, A(1996): Comabidity of substance abuse and other psyhiatric disorder, ***Annuals of Saudi Medicine, Vol. 16, No 4*** pp. 464-467.

171-Howard'n . Garb (1998) Studying the clinician- gudegment research and Psychological assement, ***American Psychological Assosciation*** U.S.A.

172-Haward J. Shaffer (1995): The Psychology of stage chance. The tranition from Addiction to Recovery in: substance abuse: a comprehensive text book, Jokce,

H. L; Pedro, P; Robert . B, Jobng. 1 (editors). ***Williams & Wilkins, London*** pp.100-105 . (2nd)

173- How Ardabadinsky (1999) Drug Abuse An interoduction, ***Nelson-Hall publishers chicago***, third editions.

174- Hugh. T. Wilson (1999). Drugs, Social aand Beharior, ***Dushkini McGraw Hill***, pp. 45-52.

175- Hallander, M & Kazaoka, k., (1988) Behavior therapy groups in . S. lang (Ed) ***six group therapies*** . New York: Plenum Press.

176- Hirschman, R. & Leventhal, H., (1989): Preventing smoking behavior in school children . An initial test of a coguitive- developmental program . ***Journal of Applied Sccial psychology, v (19) No (7., pt:21.*** pp. 559-583.

177 - Hahn. W., (1993). Developing object constancy in group psychotherapy, international., ***Journal of Group psychotherapy, vol (43), No. (2),*** pp. 223 - 235.

178- Jerome D. Gilmore, Steven J. Lash , Michael A. Foster and sharon L. Blosser (2001). ***Adherence to sbstance Abuse Treatment***: Clinical utity of two MMPI-Z Scales, ***Journal of Personality Assesssment, 77. (3)***, pp. 524-540.

179- Kember G, O. (1975). Border line condition & ***pathological Narcissism,*** New York, Aronson Press.

180- Kessler, Ronald, C&Nelson, Christophe, B *et al* (1996) The Epidemology of co-occurring addictive and mental disorder implication for prevention and servic vtilization, Amarican., ***Journal of or the Psychiatric, V. 142, n*** (2) pp. 1259-1264.

181- Khantzian, E (1985). The self- Medication hypothesis of addiction disorders: focus on heroin and cocaine dependence American, ***J. of Psychiatry (142)*** pp. 1229-1264.

182- Kim, - Sehwan; Wurster, - Leslie; Williams, - Charles; Itepler, - Nancy (1998). Algorithms for Resource Allocation of Substance Abuse prevention funds Based on Social indicators; A case study on Social indicators; A case study on state of Florida- part 3, ***Journal of Druge Education . V (28). N (4)*** pp. 283-306.

183- kerkoff, G., Munbinger , v., Ebevte, A & Stogerer, E. (1992). Rehabilitation of hemiano pic alexia in patients with postgeniculate visval field disorders; **Neuro Psychological Rehabilitation 2.** pp. 21-42.

184- Laffert, L (1998). Marijuana use prevention : the in : DEPTH model program . ***Journal of Psychoactive Education***, 23/4, pp. 325-331.

185- Lamarine, R. J (1993). Modeling Adolescent Health Behavior: the preadult Health Decision-Making Model in : C.B. MvCoy; Metsh, L. R. et al (Eds) ***Interventing with Drug-Involved Youth*** (pp. 45-78) thousand Oasks, C A: Sage Publications.

186- Lfender, A and Holloway F (1988) A introduction, In A. Lavender and F. Holloway (eda) ***Community care in practices sekices far the continuing care client,.***

187- Lisnov- Lisa; Harding Carol- Gibbm Safer, L. A.; Kavanagh-Jacrk (1998). Adolescents preception of substance abuse prevention strategies, ***Adolescence, V. (33), N (140)*** SUM, pp. 301-11.

188- Li, J Zhu, II; Zhang. B, Lvo, J; Gang F; Chen, L and ***et al*** (1997). prevention education for drug and HIV/Aids infection in a College in Kunming, Chilnese Mental ***Health Journal, 11/2, pp.115-117.***

189- Mahfouz, R; Hatem, R. C & Ellabbad, E (1996). Management of personality disorder associated with addiction in context of Milieu Therapy, ***current psychiatry, V. 3, No 1, Journal of Institute of Psychiatry,*** Ain shams University, Cairo.

190- Miller, Norman, S & Fine, James (1993) . Current epidemology of comorbility of psychiatric and addictive, disorders, ***Psychiatric Clinc of North American, VoL (16), No (1)*** pp. 1-10.

191- monro, Alister (1992) Psychiatric Disorder Charactized by Delusion: treatment in relation to specific types, ***Psy-Chiatric Annuals, V. (22), No. (5)***, American psychiatric Association pp. 232-240.

192- Moor, Susan Fordeny (2000) Preventing Addiction in: ***substance Abuse and Counseling***, U.S.A Arizona pp. 30-37.

193- Miller, H., Macphee, D & Dfrit2, J. (1998). DARE to be you: A family support, early prevention program. ***Journal of Primary Prevention, VoL (18) , No, (13).*** pp. 257-285.

194- Meyer., D &Christine., R., (1999) . The treatment of Drug Abuse: changing the paths in : Meyer. D & Cbristine . R (Ed) drug Abuse . orgins & intervention, New York . ***American psychological Association***, pp. 243-284.

195- Mcclelland, D (1984) , Motive, ***Personality, and Society*** . New York: Preger Publishers.

196- Masserman, J., (1975). ***Behavior and newrasis.*** Chicago : University Chicago Press.

197- Meyer , V. & Chesser, E., (1971) . ***Behaviour therapy in clinical Psychiatry***. London: Penguin Books.

198- Newman, C . & Beck, A (1990) . Cognitive therapy of the affective disorders . in .B.B Wolman & G. Stricker (Eds) . ***Handbook of affective disorder: facts , theories*** , and treatment approaches . New York: Wiley , pp. 343-367.

199- Ouimette, P.C., Moos, R.H& Finney, J. W (1998). Influence of ***outpatient treatment and 12-step group involvment***

on 1-year substance abuse treatment outcomes. ***Journal of Studies on Alcohol.*** 59, pp. 513-522.

200- Panton, S. M. and Tandel, D B (1984) Psychological Factors and Adolescent Illicit Drug use, in : G.A.Austin and M.L. ***prender finding, V.2***, pp. 575-562.

201- Oayan, Molcolm (1991). ***Modern Social Work Theory***. London: the Macmillan Press Ltd.

202- Pargament, K, 1 (1997) The Psychology of Religion and soping: the orgnesearch and practice. New York: ***Guilford Press.***

203- Pattison, E. M (1976). Non-abstinent drinking goals in the treatment of alcoholism, ***Archives of General Psychiatry*** 33:923-30.

204- Peterson, K. A, Swindle, R.W, Phibbs, C.S. Recine, B&Moos, R.H. (1994). Determinats of read mission following in patient substance abuse treatment : ***A national study of VA programs*** Medical Care, 32, 535-550.

205- Prochaska, J and Diclemente, C. (1986) Toward a comprehensive model of change . in W. Miller and N. Heather (eds) ***Treaning Addictive Behaviors***, New York: Plenum.

206- Revised edition (1978) . ***Chemical Developmence and recovery-A family affair***, Johnson Institute, U.S.A.

207- Rice , Jay Stone ; Linda L; Whittlesey, Lisa-Ann (1998). Substance abuse offender rehabilitation on and Horticultural therapy practice, Simson, Harson Paster (Ed); ***Straus Omatha*** C. (ed) ***et al.***, New York.

208- Richard, Velleman (1991) Alcohal and drug problems, adult clinical problems, ***A cognitive Behavioural Approach,*** Edited by Owibgy Dryden & Robert Rentoul, Routledge, London, pp. 138-170.

209- Robert J. Pandina and Valevie L. J (1999). why people use, ***Abuse, and Become dependent on Drugs***? pp. 119-148.

210- Robert. , J & Valevie., L (1999) . Why people use, Abuse, and become Dependent on Drugs: progress Toward a Hevristic Model in : Meyer., D & Cbvistine., R (Ed) . Drug Abuse . Origins & interventrion. New York . ***Americine Psychological Association***, p. 11

211- Rosenhan, D., & Seligman, M. (1995). ***Abnormal Psychology***. New York : Norton, 3 rd ed.

212- Rouse, Steven- V; Butcher, James, N; Miller- Kathryn- B (1999) Assessment of susbtance abuse in Psychotherapy clients: the effectiveness of the MMPIZ substance Abuse Scales, ***Psychological- Assessment Mar, V. (11), No (1)*** pp. 101-107.

213- Ryan, John A; Abdel Vahman A-L; french, John- F; Rodrigues; Gloria (1999). Socail indicators of substance abuse prevention: ***Aneed-based assessment, Social- indicatiors Research and Jan V. (46), No (1)*** pp. 23-60.

214- Schephers, G. W. (1991). foreword: Psychiatric rehabilltation far the 1990 s, in . F.N Watts and D.H. Bennett (eds) ***Theory and Practice of Psychiatric of Psychiatric*** rehabilition 2nd ed., Chichester. Wiley.

215- Sadava, s & Weithe , H., (1985) : Maintenance and attributions about smoking anong smokers, non-smokers, and Ex-smokers , ***international Journal of the Addictions , vol (20) , No (10)*** . pp. 1533-1544.

216- Schulz, C (1994). The association between sniffing inhalants and injecting drugs.***Comprehensive Psychiatry***, 35 (2). 99-105.

217- Shepherd, G.W (1991) Foreword: Psychiatric rehabilation far the 1990 si in F.N. Watts and D.H. Bennett (eds) and

practice of psychiatric rehabilition, 2nd ed., Chicherter: Wiley.

218- Sold 2, S., (1993) .Beyond the interpersonal complex in group Psychotherapy: the structure and relationship to outcom of the individual group member interperronal preocess scole, ***Journal of Clinical Psychology, vol (49), No (4)***, pp. 551-563.

219- Souef, M. I; El-sayed, A. M; Darweesh, Z. A& Hannourah, M.A (1982a). The extent of nonmedical use of Psychoactive Substances among Secondary school students in Greater Cairo Drug & ***Alcohol Dependence, 9, 15-19.***

220- Soueif, M. I; El-sayed, A. M; Darweesh, Z. A & Hannourah, M.A (1982b) the nonmedical use of Psychoactive Substances by mal technical school students in Greater cairo an epidemiological study, ***Drug and Alcohol Dependence.***

221- Soueif, M. I Elsayed, A.M & Davwweesh. Z. a, Hannourah, M.a (1980). ***the Egyptian Study of chronic cannabis consumption.***

222- Stephen, Am & Timoth, Y & Farrell, M and Kimberty, W (1993) Alochl Abuse and dependence in : the H and ***book of Behavior therapy in the psychiatric setting,*** Edited by: Alans, B & Michel, H New York, pp. 293-310.

223- Sussm an, s (1996) . Development of a school- based drug abuse Prevention curriculum for high risk growth, ***Jouvnal of Psychoactive Drugs***, 8212, pp. 182-196.

224- Teichman, Meir; Kadmon, A (1998). Boundaries instead of Walls: The rehabilitation of prisoner Drug Addicts, ***Journal of Offender Rehabilition, V. 26, N. 3-2,*** pp. 59-70.

225- Tomas, C.T & Anthony, W.H(1995). Family System Approach in: ***substance abuse- A comprehensive text book,***

Jokce, H.L; pedro, p; Robert. B, Jobng. (editors). Williams & Wilkins, London pp. 877-888. (2th).

226- vellman, R (1991) Alcohol and drug problems in w. Dryjen & R. Rentoval (eds) ***Adult Clinical Problems*** (138-167) London: Routledge.

227- Watts, F.N. and Bennett, D.H. (1991) Neurotic, affective an conduct disorders, In F.N. Watts and D.H. Bennett (eds) ***Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2 nd, ed, Chichester***. Wiley.

228- Van-de-Veld. Johnnes C, Schaap, Geerhard E, Land, Haring (1988).Follow U P at a Dutch addiction Hospital and efectiveness of ***Therapeutic Use and Misuse, V. (33), No. (8),*** pp. 1611-1627.

229- vellman, R (1991) Alcohol and drug problems in w. Dryjen & R. Rentovl (eds) Adult clinical problems (138-167) London: Routledge. Watts, F.N. and and Bennett, D.H. (1991) Neurotic, affective an conduct disorders. In F.N. Watts and D.H. Bennett (eds) ***theory and practice of psychiatric Rehabilitation, 2nd, ed,*** chichester. Wiley.

230- Wiederh, Kaplan, E.H (1969). Drug use in adolescents, psychodynamic : Meaning and pharmacogenic effect, ***Psychoanalysis Study Child***. 2nd ed., London, Chapman and Hill.

231- Wright, J. Pearl, L (1995). Knowledge and Experience of young peaple regarding drug misuse, 1969-1994, ***British Medical***, J. 310 (6971) pp. 20-24.

232- Wllis, A & Harper, R., (1975) . A new guide to rational living Englewood Cliffs, New Jersey : ***Printic Hall***.

233- Wolpe, J. (1993) The promotion of Scientific Psychotherapy. in J. Zeig (Ed). ***The Evolution of Psychotherapy***. New York: Bruner/Mazel, Inc.

234- Yakor, Gilinskiy, Vladimir, Zobner. (1998). the Durg treatment system in Russia: Part and present, problems and

prospects in : Drug treatment Systems in An international persrective: ***Drugs Demons, and Dellnquent. Harled Kilngemann & Geoffreg Hunt*** (Editors), Sagepublication, London, New Delhi pp. 117-123.

235- Yuen Francis K.O, pedeck, John. T. (1998). Effective strategies for preventing susbtance Abuse among children and adolescents, ***Early Child-Development and Care;V. (145), June*** pp. 119-310.

236 - Za salvia. T. , (1993) . Enhancing addiction treatment through Psychoeducational groups. ***Journal of Substance Abuse Treatment, 10/5***, pp. 439-444.

237- Zili Sloboda and Nicholance J. Kozel. (1999). Forntline surveillance: the community Epidemidogy work group on Durgs Abuse, Edited by: Mayer D. Glants and Cbristine R. Hartel, ***American Psychological Association***, Washington, DC pp. 47-62.

الجـــزء الثانى

الانتكاسة والإدمان

مدخل لفهم الأسباب - المواقف - العلاج

مقدمة للدراسة

يثير الانتكاس عديداً من التساؤلات :

- ماذا نعنى بالانتكاس Relapse ؟
- ولم يحدث ؟
- وما معدل حدوثه ؟
- وهل هناك فرق بين السقطة Lapse والانتكاس Relapse ؟
- وهل بالإمكان أن نمنع من الأساس حدوث الانتكاس ؟
- وما السبيل (أو السبل) إلى تحقيق ذلك ؟
- وهل الانتكاس – كما تقول أدبيات الأدمان – جزء من التعاطى ... بمعنى آخر هل لا يوجد إدمان دون انتكاس ؟
- وما النتائج التى ستترتب على حدوث الانتكاس ؟

أسئلة كثيرة سنحاول الإجابة عنها جاهدين، إلا أننا يجب أن نشير بداية إلى هذه الحقائق :

١- إن كثيراً من الدراسات الميدانية الجادة، وفى عديد من مناطق العالم، قد أثبتت أن اقتصار العلاج على الجانب الفارماكولوجى أو الأدوية لاحتواء الأعراض الانسحابية لا يمثل أكثر من ١٠٪ من الخدمة العلاجية والتأهيلية، الواجب تقديمها للشخص المدمن .

٢- إن الانتكاس يكثر إذا اقتصر العلاج فقط على التدخل العقاقيرى (دون اللجوء أو الاستعانة بالمداخل العلاجية والتأهيلية الأخرى) .

٣- إن السقطة Lapse تعنى أن المدمن قد عاد للإدمان مرة واحدة، وأنه قد سارع من فوره إلى إبلاغ أسرته أو الذهاب إلى المؤسسة العلاجية للعلاج؛ لأنه استشعر أنه إذا ترك وشأنه فإنه سيواصل الإدمان وما يقوده ذلك إلى عديد من الأضرار .

٤- أما الانتكاس فنقصد به ارتداد المدمن (المتعاطى) إلى التعاطى مرة أخرى، عقب مروره بالخبرة العلاجية، وأنه قد واصل التعاطى (بلا انقطاع) .

٥- إن كثيراً من الدراسات وجدت ضرورة (الاعتقاد) بأن الانتكاس جزء من الإدمان.

٦- ضرورة حصر العوامل والأسباب والظروف، التى تقود الشخص إلى الانتكاس بعد المرور بخبرة العلاج .

٧- ضرورة أن تقوم الأسرة بدور - أو بأدوار إن جاز التعبير - فى علاج وتأهيل أحد أفرادها الذى شق طريقه فى الإدمان، وأن دورها مهم بدءاً من لحظة اكتشافها لعلامات الإدمان ، ثم العلاج ، ثم انتكاسته مرة أخرى بعد المرور بالخبرة العلاجية.

٨- إن علاج الإدمان - الحق - وتأهيله لابد أن يتم من خلال فريق علاجى متكامل، يقوم كل تخصص فيه بدوره، وبشرط أن تتكامل كل هذه الأدوار وتصب فى (تعافى) مريض الإدمان .

٩- إن علاج الادمان يحتاج إلى وقت ، قدرته بعض الأبحاث بما يقل عن ستة أشهر ، وأن مسألة (الوقت) هذه مهمه جدا وضرورية فى التأكد من (تعافى) المدمن (السابق) .

١٠- أكد أيضا عديد من الدراسات التى تناولت الانتكاس لدى المدمنين وأسبابها إلى ضرورة (عزل) المدمن فى مكان (بعيد عن العمران) فيما يسمى (بمستعمرات التعافى)، وأن (العزل) الاختيارى يكون جد مهم فى بدايات علاج وتأهيل المدمن ، لأنه يكون أشبه (بالمريض، ويعد مريضاً بالفعل) وضرورة أن (يعزل) وألا يشارك فى الأحداث والتفاعلات الاجتماعية (إبان فترة العلاج والتأهيل)، وبعد أن يتم التأكد من مروره (بالخبرة العلاجية والتأهيلية) لا مانع من (الدفع به) و(بحذر) لكى يواصل تفاعلاته مع المجتمع ، كما كان من قبل ولكن وفق محاذير معينة .

تلك كانت الأسس العشرة فى ضرورة النظر إلى فعل الانتكاس .

ومن خلال ستة فصول، حاولنا جاهدين الإلمام بالانتكاسة :

ففى الفصل الأول : نتناول مدخلاً لفهم الانتكاسة من خلال تركيزنا على: تعريف الانتكاسة ، العلامات الخاصة بكل من الإدمان والانتكاسة .

وفى الفصل الثانى : تناولنا : المواقف التى تدفع إلى التعاطى والانتكاسة من خلال التركيز على محورين :

الأول : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المعالجين .

الثاني: حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين المنتكسين .

وفى **الفصل الثالث** : تناولنا بعض القضايا فى علاج الانتكاسة مثل : المدمن المجهول ، ما معنى الاعتراف «بأننى مسلوب الإرادة» ، ماذا يعنى فعل الاستسلام من جانب المدمن ، برنامج المدمن المجهول فى مصر ، ديناميات المدمنين المجهولين فى مصر ، ديناميات الإدمان المتعددة ، الإدمان واضطرابات الشخصية وأخيراً ما هو موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة .

وفى **الفصل الرابع** : تناولنا الدراسات الميدانية العربية، التى تناولت فعل الانتكاسة والعلاج النفسى .

وفى **الفصل الخامس** : تحدثنا عن كيفية مواجهة الانتكاسة .

وفى **الفصل السادس** : قدمنا بعض (التمارين) المهمة والمفيدة، والتى تعمل على محافظة المدمن على حالة التعافى .

ونأمل أن نكون بذلك قد وضعنا (لبنة) صغيرة فى صرح محاولة الفهم لظاهرة الإدمان والانتكاسة؛ لأن الفهم يعد الخطوة الأولى والمهمة فى التحكم فى الظاهرة بل والتنبؤ بمسارها فى المستقبل .

والله من وراء القصد

د. محمد حسن غانم

٢٤ / ١ / ٢٠٠٥

الفصل الأول

مدخل لفهم الانتكاسة

- مقدمة .
- ما الانتكاسة ؟
- علامات الإدمان .
- العلامات المنذرة بالانتكاسة .

الفصل الأول

مدخل لفهم الانتكاسة

مقدمة :

مازلت أذكر المدمن .. والموقف .. والدرس

أما المدمن فقد تردد للمرة الأولى للعلاج، وقد تعاملت معه من الناحية النفسية وكان المدمن طيعاً ، ينصاع لكل شيء .. ووعدنى أنه حالما يخرج فسوف (يطلق) الإدمان بالثلاثة؛ حتى يستعيد الثقة التى بدأت تنسحب منه ومن كافة أفراد الأسرة . وكان هذا المدمن تحديدا ينتمى إلى أسرة ثرية ، حيث مات والده وترك عديداً من المحال والمشاريع .. ووجد صاحبنا نفسه (بحكم ترتيبه الأوسط) بين أشقائه الذكور (كمن رقص على السلم) .. على حد تعبيره ، ورغم أن كلمته كانت هى المسموعة (عن شقيقه الأكبر وشقيقه الأصغر) .. وكان رأيه صائبا واستطاع أن (يقفز) بمشاريع والده التى تركها خطوات بعيدة من خلال عقد صفقات ،ومعرفة بعض التجار الكبار ، ومن بيدهم (تسهيل) كثير من الأمور، فانعكس ذلك على زيادة المشاريع والأرباح وفتح (بيوت) جديدة لكثير من العمال .

وكان ترتيب والدته فى زيجات والده الثالثة .. وكانت تنتمى إلى إحدى البلاد العربية .. وكانت تخص ابنها هذا بحب كبير ، وتلبى له كل مطالبه .. وقد تعجل هذا المدمن الخروج – عقب الانتهاء من مرحلة الأعراض الانسحابية – بيد أننى استطعت إقناعه بضرورة أن يمكث فى المستشفى مدة أخرى؛ لأن الإدمان لا ينتهى بمجرد انتهاء الأعراض الانسحابية ، وأن التعافى ما زال أمامه عديد من الخطوات، فامتثل– أو تظاهر – ولكنه أخذ يلح (كطفل) فى ضرورة الخروج حتى (يدير) المشاريع أو يعرف (رأسه من رجليه) ؛ لأنه الوحيد المسئول الآن عن الإنفاق على أسرته (أمه وشقيقاته الأربع وشقيقيه) .. فقرر الفريق العلاجى خروجه مع التأكيد عليه بضرورة مراجعة وحدة الرعاية اللاحقة، فرحب بالفكرة بل وامتدحها ، بل وأقسم بضرورة (المراجعة) حتى نقول له : إنك خلاص قد تعافيت وإن مشكلتك مع الإدمان قد انتهت.

والواقع أن هذا المدمن بعد أن حقق قفزات فى عالم التجارة والثراء ، قد وجد من يهمس له بضرورة أن (يمتع) نفسه ، وأن يجرب (نفسين) حشيش ، ولا مانع من سهرة حمراء ... وفيها ويسكى وخمر .. وبعد تردد وافق .. ثم جره كل ما سبق إلى إدمان الهيروين . بدأت الأرباح تتقلص ، والمصالح تتعطل ، والأمور لا تسير كما كانت تسير فى الماضى .. كل ذلك وصاحبنا ينكر وجود أى تأثيرات، بل ويتعلل بأوهام وحجج من قبيل : إن البلد بها كساد ، وأن الكساد ظاهرة عالمية ، وأن البطالة موجودة فى كل الدول ، وأن الأحداث – حتى وإن كانت فى دول أخرى – تؤثر بلا شك علينا.. وهكذا .. حتى وجد صاحبنا فاقداً للوعى (ومرمى) أمام باب منزله – فصعقت الأسرة وتم نقله إلى مستشفى خاص وقد أعلنت نتائج التحاليل وقررت أنه (مدمن) هيروين، ولابد من تحويله إلى مستشفى متخصص فى ذلك .

أما الموقف فكان صباح اليوم التالى لخروج المدمن ، إذ حين دخلت من الباب وجدت كومة بشرية (ملقاة) على الأرض ، وتسيل الإفرازات من كافة فتحات جسده، وأنه لا يقوى على الوقوف أو حتى الحركة.. وإذا تحرك فإنه يحاول أن (يحبو) مثل الطفل .. وحين رأيته أصابتنى جيوش من اليأس والإحباط .. لأنه كان بالفعل هو نفسه المريض / المدمن الذى تعاملت معه نفسياً (من خلال جلسات العلاج)، وقد وعدنى ووعد أعضاء الفريق العلاجى بأنه قد (طلق الإدمان بالثلاث) ، فقد أدمن وانتكس عقب خروجه من المستشفى حتى قبل أن يذهب إلى منزله .. وظل على هذا الحال حتى عثرت عليه الشرطة فى سيارته، وهو (يحقن) نفسه بالهيروين فقادته إلى المستشفى .

أما الدرس أو الدروس التى ما زلت أعيها حتى الآن، فتتلخص فى :

١- أن الإدمان مرض مزمن .

٢- أن علاج الإدمان عملية معقدة ومتشابكة .

٣- أن الانتكاسة شىء وارد بشكل أكبر فى مرض الإدمان .

٤- أن المدمن يستخدم عديداً من الحيل الدفاعية؛ حتى يعود مرة أخرى إلى الإدمان أو يستمر فيه .

٥- أن المدمن المتعافى يكون عرضة أو أكثر تهيئاً للعودة إلى الانتكاس .

٦- إن الانتكاسة قد تتكرر إلى درجة أن يشعر بعض المعالجين باليأس من تعافى هذا المدمن .

. وغيرها ... وغيرها من الدروس .

فما الانتكاسة؟

فى الواقع أن جميع العاملين فى مجال الإدمان وعلاجه يواجهون بعديد من المشكلات، لعل أهمها كثرة الانتكاسات RELAPES بعد المرور بخبرة العلاج ، إضافة إلى وجود عديد من المفاهيم الخاطئة التى تسود ساحة الإدمان والعلاج الآن ، وعلى سبيل المثال ، اعتقاد المدمن وأسرته ، بل وترويج هذا المفهوم من قبل بعض الأطباء النفسيين وأصحاب المستشفيات الخاصة تحديداً بأن تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية With drawal symptoms يقود إلى التعافى ، بل نجد عديداً – أيضا – يروج فكرة : أنه بالإمكان حقن جسم المدمن بمادة معينة ، تجعله (ينفر) من العودة إلى التعاطى ، أو أنه قادر – من خلال فريق طبى – على تطهير دم المدمن من الدم الذى كان قد تلوث بسبب الإدمان وضخ دماء جديدة وعفية ونقية وجديدة ؟!

والواقع أن عديداً من العاملين فى هذا المجال قد أكدوا مرارا أن الخروج من المؤسسات العلاجية، والتى تم فيها للمتعاطين التحرر من المخدر لفترة أو أخرى يتكرر انتكاسهم .

كما أن الرغبة فى التعاطى (كفعل واشتهاء نفسى) تظهر بصورة قهرية أو تظل تلح وتلح؛ حتى تدفع بالشخص إلى الانتكاس مرة أخرى، وتحت دعاوى متعددة مثل:

* تعاطى مرة واحدة لن يضر .
* لن يهدم شفائى أخذ جرعة من المخدر .
* أقسم أنها ستكون آخر مرة اتعاطى فيها (مع العلم أن هذا القسم ثم الحنث به يتكرر كثيراً إلى أن يقضى الله أمراً كان مفعولا) .
* لن تكتشف الأسرة – أو أى فرد فيها – أننى قد تعاطيت (ولا يقول انتكست لأن الانتكاس من وجه نظره معناه أنه قد عاد وبعنف إلى التعاطى مرة أخرى!) .

– إن كافة الأسباب المهيئة للتعاطى والانتكاس تكون مازالت متوافرة فى البيئة، مثل : وجود المخدر ، المروجين ، أصدقاء التعاطى ، حتى الشارع الذى كان يقابل فيه المروج ويستلم (حصته) من المخدر، إذا سار فيه (يثير) لديه (الشوق) إلى الانتكاس.

- الرغبة القوية لدى بعض زملائه فى عودته مرة أخرى إلى الانتكاس لأن تعافى (س) وعدم تعافى (ص) إنما يذكر (ص) أنه فاشل ، وأن (س) ناجح؛ ولذا لابد من عمل عديد من (الخطط) للإجهاز على هذا النجاح المزعوم، وجر (س) إلى دائرة التعاطى مرة أخرى .

- حتى الطرد والعقاب والحرمان من بعض المميزات أو الحقوق من قبل الأسرة لن يحل المشكلة بل قد يزيد ها سوءا ، ولذا فإن الحقيقة التى يجب أن نعيها (سواء أفراد أو مؤسسات مجتمعية) أن العقاب لا يفيد خاصة فى مسألة الإدمان (وبعد أن يتمكن من الشخص) بل لا يدمن التعامل من خلال منظور كلى / متكامل ، يقوم كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى بدوره .

- إن الشخص – دون شك – يكون قد اكتسب عديداً من السلوكيات والخصائص والصفات عقب الإدمان ...

*ألم يقتضى منه الإدمان أن يكذب ؟

* ألم يقتضى منه الإدمان أن يسرق ؟

* ألم يقتضى منه الإدمان أن يراوغ ؟

* ألم يقتضى منه الإدمان أن يبرر (سواء لنفسه أو للآخرين) ؟

* ألم يجعله الإدمان يستخدم سلاح ثقة الآخرين به فى غير محله ؟!

* ألم يجعله الإ دمان يتعرف على نماذج ما كان أبداً يخطر فى باله أن يتعامل معها ؟

ولذا.. فإن التخلص من هذه السلوكيات واستبدالها بسلوكيات أخرى جديدة يحتاج إلى بعض الوقت .

- حتى أن بعض التعريفات التى اقترحتها الجمعية الطبية الأمريكية للادمان أنه المرض القابل للانتكاس ، وتشير معظم الدلائل إلى صحة هذا التعريف، وبالتالى إلى ضرورة اهتمامنا بالانتكاس قدر اهتمامنا بالعلاج أو التعافى .

- إن كافة الدراسات التى أجريت فى مجال (تقييم) العلاج ومدى الانتكاسات فى الإدمان تؤكد أن نسبة التعافى قليلة ، ونسبة الانتكاس كبيرة . وعلى سبيل المثال نجد تشارلز . و. كروو Charles. W. Crewe ، والذى عمل لمدة (٣) سنوات فى الارشاد النفسى الخاص بالمدمنين المتعددى الانتكاسة فى وحدة تأهيل خاصة

بهم، وقد شارك فى البرنامج (٥٠٠) مريض مدمن عولجوا جميعا فى هازلدن (فى مدينة سنتر ، مينسوتا – الولايات المتحدة الأمريكية) لمدة تتراوح بين الشهور والسنوات ... فماذا كانت النتيجة أو التقييم له بعد هذه السنوات الثلاث والجهود العلاجية ؟

* أفاد ٨٠ – ٩٠ ٪ من الذين انتكسوا (بعد حضورهم هذا البرنامج العلاجى أنهم انتكسوا بسبب :

* لم يحضروا اجتماعات جماعة المدمن المجهول .

* حضروا لفترات محدودة .

* انقطعوا عن الحضور قبل الانتكاسة مباشرة .

* أهملوا فى المحافظة على أنفسهم .

* ذكروا (أن مرة واحدة من التعاطى) لا تعد انتكاسة ؟

* اقنعوا أنفسهم بعدم المواظبة على حضور البرنامج العلاجى؛ بحجة أنهم يعرفون أشخاصًا قد (أقلعوا) من تلقاء أنفسهم ، ولكن كيف يستطيع أى مدمن معرفة ذلك دون تعريض نفسه لمخاطر الانتكاس ؟

– كما أن جماعات المدمن المجهول تؤكد فى كتاباتها المتعددة ذكر حقيقة مؤادها: أننا لا يجب أن نعتبر التعافى مكتملاً أو دائمًا فى كل الأحوال، وأن جماعات المدمن المجهول لا تعترف إلا بالإقلاع الشامل الحاسم، وهو المحك الوحيد الموثوق فيه فى الوقت الراهن ، ولا ينبغى استعمال كلمة الشفاء على الإطلاق ، فى واقع الأمر ؛ لأن المدمن لا يبرأ من مرضه بالمعنى المفهوم ؟ بل إن كل الذى يحدث هو : مجرد توقف عن نشاط الإدمان يصحبه تحسن فى شخصية المدمن ، ويظل احتمال الانتكاس قائمًا حتى آخر أيام المدمن .. فقد انتكس مدمنون بلغوا سن السبعين عاماً، وبعد سنوات طويلة من الإقلاع .

*** ولنبدأ القصة من أولها :**

– كيف وقع الشخص – أصلاً – فى الإدمان ؟

– كيف سار فى طريق الإدمان حتى وصل إلى هذه الدرجة من التدهور ؟

– كيف استغل (جهل) أسرته بالعلامات الدالة على التعاطى، واستمر فى التعاطى ؟

– وفى المقابل كيف يستغل (جهل) أفراد أسرته بالعلامات المنذرة بالانتكاسة أو

حدوثها، ثم يعود إلى التعاطى والانتكاس ؟

فى الواقع أن أسباب ودوافع الإدمان كثيرة ، وتختلف من شخص إلى آخر.. لكن الشيء الثابت أن الفرد (يجرب) الإدمان وفق دوافع متعددة ، وبعد التجريب قد يحدث له الآتى :

أ- الإقلاع التام وعدم تكرار هذه التجربة مهما كان .

ب- محاولة التجريب مرة أخرى لأنه قد استشعر نشوة ما .

فإذا حدث وجرب مرة أخرى.. فقد يحدث :

أ- أما أن يستقر - طول العمر - على المخدر الذى بدأ به التعاطى .

ب- أو يغيره إلى أنواع أخرى من المخدرات .

جـ- قد يستقر به الأمر على :

١- الإخلاص لمخدر ما .

٢- أخذ أكثر من مخدر فى الوقت نفسه (المدمن المتعدد) .

والواقع أن الاستنتاجية تلك تقتضى منا نظرة سريعة لزيادة الفهم

١- سبب الإخلاص والتعلق بمخدر ما : فقد أكد عديد من الدراسات أن التعلق بالمخدر يعود إلى مجموعة من الأسباب والعوامل، أهمها السبب النفسى والمتمثل فى حقيقة أن الشخص يلجأ إلى المخدر لأسباب متعددة أهمها : أنه ينظر إلى المخدر على أساس أنه علاج ذاتى Self Medication لتخفيف المعاناة، مع تأكيد أقل على المرض النفسى الشديد .

- إضافة إلى الخواص الفارماكولوجية (أى الدوائية والتفاعلية) للعقار ، وحالات الشعور التى تنتاب الشخص من ناحية أخرى .

- خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار أن بعض المخدرات يعمل على التنبيه، وبعضها يعمل على الهلوسة، وبعضها يعمل على الهدوء قبل النوم .

- فالعقاقير المخدرة المنبهة مثل (الكوكايين والامفيتامين) هى فى الأساس منشطات وتعمل لزيادة الطاقة ، وتزود المتعاطى بوهم التغلب على المشاعر المؤلمة بل وإيهامه أنه الآن فى حالة من (الفرفشة) أو (النعنشة) والسرور والمرح .

- وكذلك تعاطى الخمر (وعدم تغييرها) إلى مخدر آخر؛ لأن الخمور تحقق أو تشبع لدى الفرد عديداً من الاحتياجات النفسية ، مثل مساعدة الخمر لمتعاطيها أن يكون اجتماعيا ، بل وأن يكون متفاعلا ومتحاورا – دون خوف– من الآخرين .

- والخلاصة : أن الشخص قد يلجأ إلى الإدمان كنوع من العلاج النفسى الذاتى لأى مشاعر أو أحاسيس أو اضطرابات يشعر أنه قد يقع فيها .. فكأن الإدمان هو بديل للمرض النفسى ، على الرغم من أن الإدمان هو فى حد ذاته نوع من الاضطراب فى الشخصية، مع الأخذ فى الاعتبار أن هناك عديداً من الاضطرابات التى قد تصاحب أو تترتب على الإدمان، ويدخل المدمن فى هذه الحالة تحت ما يسمى بالتشخيص المزدوج ، أى الإدمان وأى اضطراب نفسى آخر .

٢- أما لماذا ينتقل المدمن من مخدر إلى آخر : ففى دراسة استطلاعية للباحث ، وجد أن أغلبية (٧٠٪) من المنتكسين كانوا من الأشخاص الذين يستخدمون أكثر من مخدرين، أو أنهم كمثال قد بدأوا فى تعاطى الخمور، ثم انتقلوا إلى مخدر آخر، مثل: البانجو أو الحشيش أو الماكس أو الهيروين .

- وسبب الانتقال من مخدر إلى آخر يعود إلى عديد من العوامل ، بعضها اجتماعى (مثل توافر المخدر / سهولة الحصول عليه / رخص ثمنه / أنه المخدر الأكثر انتشارا وقبولا فى البيئة التى يعيش فيها المدن ..... إلخ) ، وبعضها يرجع إلى أسباب نفسية، مثل : أن المخدر الذى كان يتعاطاه ما عدا يعطيه النشوة والنتائج نفسها التى كان يأخذها من المخدر ، أو أن التكرار (مع المخدر نفسه) قد أفقد المخدر مفعوله ، أو أن الشخص واقع تحت عديد من الضغوط ويريد أن (يغمرها) بعديد من أساليب التعاطى ، وهنا يبحث المدمن عن مخدر أكثر قوة وتأثيرا ومفعولا . فهل كل مخدر يترك فى المدمن آثاراً نفسية ما ؟

وإذا كان يتعاطى أكثر من مخدر .. فكيف تكون ديناميات هذا المتعاطى ؟

والواقع أن تعاطى أكثر من مادة مخدرة يرتبط بعديد من العوامل والدوافع والأسباب، وأن عملية الفصل بين هذه الأسباب سوف تكون عملية جد معقدة ، وتقتضى فهماً لديناميات الشخص ، وأساليبه الدفاعية وحيله النفسية ، وطبيعة علاقاته بالآخرين وغيرها من العوامل، (وسوف نخصص فصلا قادماً للحديث عن ديناميات مدمن متعدد) .

* أما كيف وصلت درجة التدهور إلى هذا الحد.. فالواقع أن من يصل إلى هذه الدرجة يكون (متعاطيا قهريا) أى لافكاك له من الإدمان ، وهنا تظهر عليه الأعراض الآتية (والتى ذكرت فى ICD - 10)، وهى:

١- صعوبة بالغة فى ضبط سلوك التعاطى ، سواء فى بداية أونهاية التعاطى .

٢- رغبة لا تقهر فى تعاطى المخدر الذى اعتاد تعاطيه .

٣- إهمال متزايد للأنشطة البديلة؛ لأن المخدر (قد أصبح محور ومرتكز) حياته، وبالتالى (تنكمش أو تتقلص) رغبته أو انشغاله فى التفكير (ولا تقول الممارسة) فى الأنشطة الأخرى .

٤- ضيق شخصى من التعاطى، ورغم ذلك يتعاطى .

٥- الاستمرار فى التعاطى، على الرغم من معرفة - أو حدوث - عديد من الأضرار المترتبة على ذلك .

٦- احتمال وجود (زيادة فى التحمل) أى زيادة فى جرعات التعاطى؛ لأن الكمية التى كان قد اعتاد على تعاطيها ما عادت تقوم (بالتأثير) نفسه الذى كان يحدثه التعاطى من قبل .

٧- حدوث حالة انسحاب أو تسمم فسيولوجى / بدنى .

٨- المواظبة على استخدام المادة المخدرة بهدف تخفيف أعراض الانسحاب والوعى بذلك، بل إن هذه القضية تشغله جدا ، ولا يريد المدمن الوصول إلى حالة (الانقطاع) أى عدم تواجد أى مخزون من المخدر معه؛ حتى يواجه أى أعراض مؤلمة سواء أكانت جسمية / أم نفسية / أم حتى هلوسة عقلية . وإذا حدثت ثلاثة أعراض من الأعراض الثمانية السابقة، يجب على الفرد أن يعد نفسه فى عداد المدمنين (دون النوع الثقيل) .

وبما أن الإدمان مرض متعدد الحلقات والجوانب، لابد إذاً من أن يكون لدينا - كأفراد مجتمع وبغض النظر عن أدوارنا الاجتماعية المختلفة التى نؤديها سواء آباء أو أخوة أو أعمام أو أخوال أو مدرسيه ، أو أصحاب عمل .... إلخ - وعى بكافة علامات وأعراض الإدمان .

علامات الإدمان أو الوقوع فيه والتي يجب أن ننتبه لها جيدًا؛ حتى نواصل مع هذا الشخص رحلة التعافي والعلاج :

أولاً في الأسرة :

١- يتجنب أفراد أسرته فجأة وبلا سابق إنذار ، بعد أن كان أحد المحاور المهمة والمتواجدة فى كافة المواقف الاجتماعية ، وهنا يجب على الأسرة أن تتنبه إلى هذا المؤشر، مفرقة بين حالة التجنب الطبيعية (نتيجة حدوث موقف ما قد أدى به إلى ذلك) وحالة التجنب المرضية (أو غير الطبيعية)، والتى يكون من ضمن محكاتها الإدمان وإنشغال الشخص به عن محيط أسرته وما يحدث فيها .

٢- تقلب حالته المزاجية من النقيض إلى النقيض ، وفى الغالب يكون الشخص مرحاً وبشوشاً، ثم يتحول إلى التجهم / الحزن / السرحان / الاكتئاب، ويجب أيضا أن تكون الأسرة قادرة على التفرقة بين :

أ - حالات التقلب الوجدانى والتى تحدث كأهم أحداث التغيرات الانفعالية فى مرحلة المراهقة .

ب- معرفة الحالة العامة السائدة (أو الطبيعية) لدى هذا الشخص من قبل ومقارنتها بالحالة الراهنة .

جـ- فترات استمرار هذه الحالة .

د - إمكانة أن يكون الشخص هذا يعانى من حالة عدم «ثبات» أو «استقرار» انفعالى .

٣- اللجوء بكثرة إلى الكذب : والكذب كما نعلم هو قول أو رواية لأحداث غير حقيقية، بيد أننا يجب أن نلاحظ الآتى :

أ - أن نعرف بصورة دقيقة الفرق بين الكذب والخيال .

ب- أن نعرف كذلك الفرق بين الكذب والانغماس فى أحلام اليقظة .

جـ- طبيعة الأكاذيب التى يرويها هذا الشخص، ومدى استفادة الشخص منها .

د - فترات الكذب .

هـ- متى يكذب الشخص ؟

٤- ظهور بعض العلامات الجسدية من قبيل :

أ - عيناه حمراوان .

ب- وجود أماكن زرقاء فى ساعده .

جـ- يكثر من النوم .

د - الكسل .

هـ - يشتاق بشدة إلى الحلويات .

و - حدوث اضطرابات فى نومه (سهر مستمر أو نوم مستمر، أو تذبذب ما بين هذا وذاك) .

وحتى يكون الحكم سليمًا لابد من أن نفرق بين حالة المريض الصحية (مثل معاناته من مرض ما ، وحدوث أى من الحالات السابقة بصورة طارئة ما كانت موجودة من قبل، أو ملاحظة مدى استمرار هذه السلوكيات، وهل هى فى حالة تناقص أم زيادة واضطراب ؟

٥- ظهور تصرفات غريبة، مثل :

أ - التمرد على السلطة (خاصة السلطة الأبوية والتعليمية وحتى سلطة البوليس) .

ب- الدخول فى جدل حول أى شيء (حتى وإن كان من البدهيات) .

جـ- تجاهل القواعد والأعراف والتقاليد ومخالفتها .

د - لا يقبل أن يتدخل أحد فى شئونه متعللا بأنه قد أصبح رجلاً ومسئولاً عن كل تصرفاته، وأنه الآن يعرف الضار من الحسن، وشكرا لاهتمامكم ولا داعى لإزعاجنا بنصائحكم أو تداخلاتكم لأننى - بعد أذنكم - لن أنصاع لها حتى ولو كنت أظن أن فيها مصلحتى؟

هـ- يستخدم لغة غير مهذبة حتى فى مخاطبة أفراد أسرته.. فقد ينادى على والده ب «أنت» وعلى أمه «أنت» أو «يا ولية»، وقد تصل الأمور إلى حد السب والضرب ليس فقط لأشقائه الأكبر منه.. بل قد تمتد هذه الإهانات إلى الوالدين إذا تجرءا وحاولا إيقاف هذا السلوك الشائن .. لدرجة أن تكرار مثل هذا السلوك قد يصيب أحد الوالدين أو كليهما بنوبة من الصدمة النفسية ، أو قد يترسب لديهما «خوف» من مواجهته ، وأن هذا الابن قد أصبح خارج نطاق السيطرة . وقد عرفنا وقرأنا عديداً من الجرائم التى تحالف فيها

الجد مع الأب على قتل الابن المدمن نظراً لما لقياه منه من إهانات وسب وضرب خارج حدود تصورهما ، أو قد يقوم الأب بقتل الابن بمفرده ، أو قد تشترك معه الأم ، مقررين أن التخلص من مسلسل الإهانات المستمرة لهما ليل نهار، وضياع هيبتهما هو الحل ، ولن يتأتى الحل إلا بقتل هذا الابن المدمن.

وفي كل الأحوال، علينا كآباء أن نفرق بين بعض هذه السلوكيات وطبيعة الفترة الزمنية التى يمر بها الشخص ، فنحن نعلم – مثلا – أنه فى فترة المراهقة يمر المراهق بأزمة تسمى : بأزمة الهوية .. حيث إن من سماتها : التمرد والتساؤل والجدل، ومعرفة من أنا ولمن أنتمى ولماذا أنتمى إلى هذا الشخص تحديدا، وإذا كانت به بعض النواقص (لأن الكمال لله) فإن هذا يعطينى كمراهق الحق فى التمرد على الأسرة وعلى التقاليد بل ومواجهة الأسرة بعيبها ، وكأن هذا الابن – فى تلك اللحظة – إنما «يحاسب» الأسرة – بل المجتمع – على كل ما إقترفوه فى حق من أفعال وأقوال واتجاهات وتنشئة . بيد أنه حين يتمرد على الاسرة.. فإنه ينضوى تحت لواء مجموعة من الرفاق أو الأصدقاء ، يكون مستعدا أن يبذل الغالى والرخيص من لجلهم ومن أجل تحقيق أهدافهم ، وهنا تتجلى خطورة (الشلة) التى ينضم إليها المراهق ، لأن تنفيذ أوامر (رئيسها) أمر لايناقش، والله أعلم بطبيعة «نشاط» هذه «الشلة» وأهدافها التى تصبو إلى تحقيقها.

ومن أجل كل ما سبق، يجب علينا كآباء أن نفهم «طبيعة وديناميه» مرحلة المراهقة ، وكيف نتعامل مع «أبنائنا المراهقين » وأن أساليب التعامل والتى كانت تستخدم بنجاح معهم – أيام الطفولة والبراءة – ما عادت تصلح الآن ، وخاصة إذا كان الأب من النوع الذى يلجأ إلى العقاب البدنى ، لم يعد الآن يخيف الإبن الضرب ولا حتى القتل ، وأن العصا المرفوعة دائما مهابة فإذا وقعت عرف مفعولها ، وتلاشى تأثيرها .. وأنت كأب قد جربت معه فى السابق..كل هذه الأساليب، وأتت الفرصة لكى «أرد لك الصاع صاعين» وأحاسبك على كل ما اقترفته معى من آثام وذنوب .. فهل أنت (كوالد) مستعد لأن تتوافق وتتغير مع طبيعة مرحلة التغيرات التى أمر بها الآن ، والتى أشهد مخاض ولادتها أم ستظل أنت (الطفل – الوالد) العنيد والذى لا يتغير ؟!

٦– ظهور سلوكيات أخرى مريبة ، مثل :

أ – التسلل ليلا .

ب- المبيت خارج البيت .

جـ- مكالمات هاتفية مريبة ويتحدث بصوت خفيض.. فإذا اقترب منه أحد أغلق الخط ، فإذا سألت قال لك : النمرة غلط .

د - تمر به فترات من اليأس وفقدان الأمل .

هـ- قد تعثر عليه الأسرة وهو يحاول الانتحار .

و - وقد ينتحر فعلا (إما برغبة إرادية لأنه يأس من كل شيء وأى شيء أو ينتحر بطريقة غير مقصودة نتيجة لتعاطيه كمية من المخدر، أكبر من أن يتحملها جسمه وبالتالى يحدث حالة الـ Overdose أو الموت المفاجئ .
وهنا تكون صدمة الأسرة لا تقدر . وكم من العلامات قد مرت أمامها وهى لا تسأل ، أو إذا سألت اكتفت بالإجابة التى قدمها الابن (المرحوم)، دون أن تكلف نفسها عناء البحث والتحرى أو حتى الجلوس معه لمعرفة كيف يفكر؟ ماذا يدور بداخله ؟ ولماذا قد تغير ؟ ولم يعد هو كما كان هو، وكما كنا نعرفه من قبل ؟

وحين ذاك يكون الدرس قاسيا ... والعلامات السابقة مؤشرات واضحة يجب علينا الانتباه لها وأن نجعل (تربية) أولادنا «مشاريع حياتنا»؛ إذ ماذا يستفيدون من الأموال والعقارات وهم من الداخل خواء فى خواء ؟

- ماذا يستفيدون من الثراء وهم فى داخلهم فى أمس الحاجة إلى الحوار، والحوار مع الآخر تحديدا أو مع أبويه بالذات ؟

- لقد قابلت عديداً من الآباء وهم فى حالة انهيار : وكانوا لا يرددون إلا كلمة أو جملة واحدة : لم نقصر فى حقهم .. عملنا ليل نهار لتوفير كل احتياجاتهم ثم نفاجأ بأنهم قد أدمنوا ؟! أو حتى انتحروا من الإدمان هروباً من وفى الإدمان ؟!

- ولقد ذكر لى عديد من المدمنين أن بيوتهم كانت أشبه «بالفندق»، وأن كل شخص كان لا يرتبط بأى نشاط اجتماعى مع شخص آخر ، لا فى طعام أو حتى فى حوار، أو مناقشة موضوع ما ، بل كان يقابلون بعضهم البعض مصادفة ... هذا يدخل وذاك يخرج ... هذا يسرع والآخر يبطئ من خطواته مع آخرين فى الشارع.

- وإذا كان الفقر والعوز والحاجة مذلة وهمّا، فإن فقدان الحوار والتفاعل والانتماء مضيعة ودماراً وخراباً للنفوس وللأشخاص بل وللمجتمعات .

ثانيا : فى مؤسسات التعليم :

من المفترض أن يقضى الفرد كثيراً من سنواته منتظماً فى الدراسة ، ويجب أن تكون المدرسة ليست مكانا فقط (لتفريغ) الطلاب وحصولهم على الشهادات وكم من المعلومات قد تقيؤه على ورق إجابات الامتحان، دون أن (يتغلغل) فى نفوسهم ويترك عديداً من الآثار الإيجابية، بل ويغير من اتجاهاتهم وقيمهم وعاداتهم وسلوكياتهم إلى الأفضل والأروع والأجمل .

ولذا يجب على المدرسة أن تراعى وتشبع كافة احتياجات الطالب أو المتلقى وبما أنه ليس عقلاً فقط ، فيجب أن نراعى الآتى :

أ – التركيز على الفهم وليس على الحفظ .

ب– التركيز على التطبيق وليس (كر) المعلومات دون سند .

جـ– الاهتمام بالأنشطة الجسدية المختلفة .

د – توجيه الطالب إلى نوع النشاط الذى يتفق مع قدراته وميوله وإمكاناته .

هـ– ربط مناهج الدراسة بما يدور ويحدث داخل المجتمع ، وليس عيبًا أن نذكر فى المناهج «المشاكل» الموجودة الآن فى المجتمع ، وأن نحفزهم على «التفكير» فى حلها، بدلا من تقديم صفحات بيضاء بأن كل ما تقع عليه عيناك فى بلدك جميل ورائع وطاهر وشريف .

و – أن يكون المدرس (مثقفاً) بمعنى أن يكون :

١– قدوة فى أقواله .

٢– أن تتطابق الأقوال مع الأفعال .

٣– أن يتفهم طبيعة النمو للطلاب الذين يتعامل معهم .

٤– أن ينشئ معهم حواراً أساسه الاحترام وتبادل المعلومات .

ولذا على العاملين فى مجال التعليم (بدءاً من الدراسة الابتدائية حتى الجامعية) مراعاة هذه العلامات والوقوف عندها طويلا ومحاولة فض مجهلتها .

١– علامات عقلية : مثل :

أ – الشرود والسرحان .

ب– قلة الانتباه .

جـ- أن تكون إجاباته غير متسقة .

د - نقص درجاته التحصيلية .

هـ - الغش وبالقوة .

و - أنه عاجز تماماً عن متابعة الدرس أو التحصيل .

ز - إذا سألته فجأة : فإنه يفاجئ ، فإذا حاولت أن تستفسر منه عن أسباب سرحانه، ذكر لك أسباباً بعيدة تماماً عن السبب الأصلى من قبيل :

١- إن التعليم عملية شاقة .

٢- حتى إذا أخذت الشهادة فهل تضمن لى العمل؟ .

٣- وإذا عملت فأى أجر سوف أستلمه ؟

٤- وإذا أخذت الراتب فهل سيكفينى حتى آخر الشهر؟

٥- وإذا افترضت وأردت الزواج ... فمن أين لى بالشقة أو خلو الرجل أو حتى الحصول على «شقة صغيرة» فى المشاريع الجديدة الآن ؟

٦- وإذا افترضنا جدلا أن الوالد قد ساعدنا أو «عفريتا» قد انشقت الأرض عنه ووفر لى : الشقة والعروسة والسيارة، فهل يكفى «المرتب» لمواصلة الحياة؟

٧- وحتى لو عملت سوف أخطأ ولو أخطأت، سوف أتحول إلى التحقيق ويتم الخصم من مرتب لا يستحق أصلا أن يخصم منه «فلسا» .

٨- وأننى أعرف حرفيين تستطيع أن تقول باختصار أنهم قد أراحوا عقولهم ، وأن أيديهم (تلف فى حرير) وأن مجرد نظرة إلى موتور (أى سيارة مثلا) سوف يحصل على (عشرة) جنيهات .

وهكذا تتسق التبريرات والمحاولات والتى قد تبدو للوهلة الأولى منطقية، بيد أنها بعيدة تماما عن الموضوع الذى أثارها .

وهنا يجب الانتباه إلى مثل هذه «المهاترات» .

٢- علامات جسدية : وتظهر فى:

أ - أن جسده يأخذ فى النحول .

ب- شهيته للطعام غير جيدة .

جـ- وجود «ندب» أو كدمات فى ذراعيه .

د – وجود «تورم أو احمرار» فى أنفه .

هـ– دائما ما تكون عيناه حمراوتين أو منتفختين .

و – قد ينام فى الحصة أو الدرس .

٣– علامات سلوكية : مثل:

أ – الوصول إلى المدرسة متأخراً وتكون جعبته جاهزة بكافة المبررات من قبيل : المواصلات ، لجان التفتيش / انفجار الإطارات الأربع للسيارة التى كان يستقلها ثم الوقت المستغرق فى تغييرها (بل يمكن أن يزيد من الحبكة الدرامية ، ويقول لك أن السائق قد اكتشف سرقة «محتويات شنطة سيارته» ومنها آلة رفع تغيير الإطارات (الكريك) .

ب– عدم احترام سلطة المدرسة، بل والتبجح معهم إلى درجة سبهم أو ضربهم ، أو إيقاع الأذى بهم عن طريق «تلفيق» محاضر ضرب، والحصول على «روشتات أو تقارير طبية تفيد إصابته وأن جسده ملئ بالرضوض والكدمات .

جـ– يكون «محفوظا» تماما كاسم وكشكل من إدارة المدرسة ومن كثرة تردده (إما شاكيا من المدرسين أو من بعض زملائه، أو مشكو فى حقه من قبل المدرسين أو بعض زملائه) .

د – الغياب المستمر عن الدراسة وبأسباب واهية، وإذا أصرت المدرسة على إحضار ولى أمره (مثلاً) وكان والده غير معروف للإدارة المدرسية لا مانع لديه من الاتفاق مع أى رجل على تمثيل دور الأب (للحظات) أمام ناظر المدرسة مقابل أجر متفق عليه ، أو القيام بدور الأب لوجه الله، ولخدمة هذا (الأخ) الذى تهدده إدارة المدرسة (المفترية) بالفصل والحرمان من التعليم ، أو إلقائه فى عرض الطريق حيث الكلاب الضالة والقطط الشاردة؟!

هـ – يسرق دائما حاجات زملائه إلى درجة أنه قد «يستولى عليها» عنوة وغصبا ، ويهدد هذا الشخص أنه إذا تجرأ وأبلغ عنه إدارة المدرسة فسوف يكون نهاره أسود مثل ليله تماما .

و – بينه وبين «أثاث» المدرسة ثأر (بايت)، فطوال جلوسه إما يحفر فى الحائط لنقش اسمه ، أو لكتابة تاريخ ميلاده ، أو رسم قلب يخترقه سهمين ، أو يحطم زجاج النافذة ، أو يحاول فصل خشب المناضد بعضها عن بعض (وفى هذه الحالة تحديداً، يجب علينا أن نفرق بين ما إذا كان هذا السلوك ينتمى صاحبه إلى نمط

الشخصية السيكوباتية (وهو سلوك دائم ومتكرر ومعروف) وأنماط الإدمان ، وإن كانت أغلب الدراسات قد وجدت أن فئة السيكوباتيين (أى الأشخاص المضادين فى سلوكهم لقيم وعادات وتقاليد المجتمع) إلى الإدمان وبكثرة، أو أن انتقالهم من مخدر إلى آخر أمر وارد ، وفشل العلاج معهم شىء متوقع، وأن الكذب والسرقة والتحطيم بل وإشعال النيران وتعذيب الضحايا أمر روتينى وعادى وتحفل به سجلاتهم.

ز – عدم المشاركة فى أى أنشطة سواء داخل المدرسة أو خارجها ، فإذا (غَصب) عليه مدرس الألعاب مثلا أن يمارس مع زملائه التمارين ، أو حتى يدخل فى (تقسيمة) (ماتش كورة) تعلل بعديد من الأعذار الجسدية : قدمى تؤلمنى.. لدى إصابة قديمة .. أو قد يزيد من درجة الدراما فيقول : لا استطيع ممارسة الرياضة لأننى باختصار مصاب بأمراض القلب؟! وهذا غير حقيقى . ولكنه الرغبة فى الانطواء والعزلة وعدم مشاركة الآخرين فى نشاطهم، وكيف له أن يفعل وكل (تفكيره وهمه الآن) محصور فى «المخدر وكيفية الحصول عليه، وكيفية تدبير (وجبة) من المخدر تحميه من الأعراض الانسحابية ، وتجعل الدماء تتدفق (بحرارة) فى عروقه، وتبعث فى (نفسه) الهمة والنشاط والحبور والحيوية ؟!

ح – يخلق المشاجرات ، ويخالف القوانين ، ويجد لذة فى ذلك .

ط – يتسكع حول الأماكن التى يسمح فيها بالتدخين ، فإذا لم يكن الأمر كذلك كان أكثر المترددين على دورات المياه (وخاصة فى المدارس ذات الإدارات المتشددة) وهو واثق أنه لا يستطيع شخص ما أن «يقتحم» عليه خلوته وهو يدخن أو حتى «يشم» أو يحقن نفسه بحقنة المخدر .

تلك كانت أهم العلامات التى يجب علينا كأسر ومؤسسات تعليمية أن نأخذها فى الاعتبار؛ حتى نتعامل بمنتهى الجدية مع شخص قد دخل إلى «الإدمان» ، وقبل أن تستفحل الأمور وتصل إلى طريق اللا عودة .. فهل نحن فاعلون؟!! .

ما العلامات المنذرة بالانتكاسة؟

فى الواقع أن المهتمين بقضية الإدمان وما يشتبك فيه من قضايا متعددة ، أهمها على الإطلاق – من وجهة نظرنا – الانتكاس ، قد سجلوا عديداً من العلامات التى تعد «منذرة» وجرس إنذار للفرد ولأسرته وللمتعاملين معه ، وأنهم إذا لم يتعاملوا بمنتهى الجدية مع هذه العلامات فسوف تحدث ... تحدث، وإليكم هذه العلامات :

١- الخشية من الاستمرار فى الحياة دون مخدر أو شراب :

لعل الوقت والتفكير والمجهود وكافة السلوكيات التى اعتادها المدمن حتى يحصل على المخدر قد جعلته لا يتصور نفسيًا أنه يستطيع أن تمضى به الحياة دون مخدر ... كيف ؟

* إن المخدر قد منحنى المرح .
* إن المخدر قد منحنى الثقة فى النفس .
* إن المخدر قد جعل الآخرين يخشوننى وينتبهون لى بعد أن كنت (كمًا) مهملاً أو كنت منسيا .
* إن المخدر قد حقق لى عديداً من اللذات الجنسية .
* إن المخدر قد جعلنى أتعامل مع عديد من الإساءات التى تعرضت لها فهل تستطيع إن تستمر حياتى بدون مخدر ؟

إن أمامى حياتين ... حياة عشتها قبل أن اتعرف المخدر ، وحياة عشتها بعد أن تعرفت المخدر، والتى أدخلتنى فى عديد من السلوكيات : أطعت وعصيت، انحرفت واستقمت ، كذبت وسرقت ، أدمنت مع الإدمان أشياء أخرى كثيرة... فهل أنا قادم على العيش فى حياة ثالثة تتجاوز حياتى قبل المخدر وحياتى بعد المخدر ؟ ... وإذا كانت آلام المخاض لم تتبلور بعد عن رؤية واضحة ... فهل أطمع أن أعيش حياتى الماضية (والتى كانت دون مخدر) إننى إذًا واهم... فلا الماضى يعود لمجرد التمنى ... فأنا لست أنا ولا الزمان هو الزمان ... كل الأشياء قد تغيرت ... وأنا من الأشياء .. لم أعد أنا ذلك «الغر» البرئ الذى كان يصدق ويقتنع بكل ما كان يقال له .. لا أستطيع أن أتصور حياتى بلا مخدر (إذا وصل الشخص إلى هذه الدرجة من صراع الأفكار وتعددها، وإذا لم يجد شخصا يصارحه بكل ما فى داخله فسوف ينتكس؛ ولذا لابد أن نكون للمدمن أصدقاء ، نفهم ديناميـاته ، طرق تفكيره ، ونتعامل معه على قدم المساواة من خلال منحه : الأمان / الثقة / الحب / التشجيع / شغل أوقاته بما يفيد) .

٢- الإنكار وعدم تقبل الواقع وإلقاء المسئولية على الآخرين:

يعد الإنكار من أهم ميكانيزمات الدفاع التى يلجأ إليها المدمن ، وعلى الرغم من أننا جميعا كأفراد نستخدم وسائل الدفاع ، إلا أنها تكون لدى المدمن (بدائية) وغير ناجحة / وتستخدم بكثرة وليس فى الأوقات المناسبة ، ولذا فإننا فى علاج الإدمان

يتوقف نجاحنا أو عدم النجاح على قدرتنا كمعالجين على مواجهة : الإنكار والمقاومة السلبية أو الإيجابية التى يمتلكها المدمنون ، فالإنكار يتحول من حالة الشعور إلى حالة اللاشعور ، وتحدث (التدهورات) المختلفة دون أن «يرمش جفن المدمن» بأنه قد حدث تغيير ، وإذا حدث تغيير أنكره . وسوف أقدم اعترافاً لمدمن قد ألقى باللوم على والده ، وذكر أن والده هو الذى يجب أن يعاقب لا هو ... وقد أوردت نص كلام المدمن - كما هو ودون تدخل حتى دون إصلاح الأخطاء الإملائية أو اللغوية ... لأن اللحظات الطازجة والعفوية دائما تكون مؤثرة ، وتترك آثارها فى النفس ، وتجعلنا نتغاضى أو نقض الطرف عن بعض الأخطاء (سوف نقدم ذلك لاحقاً) .

٣- الأسف على النفس :

يعلم المشتغلون فى مجال الإدمان أن طبيعة (الأنا) تختلف عند المدمن عن غيره من الأشخاص والآخرين ، والتى تقوم بعديد من الأدوار، أهمها : المحافظة على التوازن بين الرغبات التى تريد الإشباع الفورى ، ومراعاة عادات وتقاليد وقوانين الواقع ، ولنا أن نتصور أن وجود أى خلل فى قيام الأنا بهذه الوظيفة سوف يجر إلى عديد من الاضطرابات ، وتصبح ساحة الفرد «ميداناً شرساً لعديد من المعارك بين أطراف متصارعة عدة ولها أهداف استراتيجية مختلفة ، ولذا فإن ديناميات المدمن أنه طفل غير ناجح ، وقد يتسم بصفات الطفولة، ومنها : الاعتمادية / العناد / الثورة على أقل الأشياء / لا أحد يستطيع أن يمنع أو يقف أمام رغباته .. وأنه يرى الحياة من زاوية : الكل أو لا شىء فإذا لاحت له فى الأفق أى عقبة ينشأ القلق والتوتر والاكتئاب وكافة الأحاسيس والمشاعر والمظاهر المؤلمة التى تعد «كجحيم مشتعل أواره ويريد إطفاءه بأى وسيلة وأى طريقة» . وإذا زال الخطر يسود المرح والنشوة والارتياح ويشعر وكأنه «سلطان زمانه» حتى وإن كان مزيفا .. كما أن عدم النضج يكون واضحاً أيضا فى عديد من المظاهر، مثل :

أ - لا يطيق التأجيل .

ب- يهدف إلى الإشباع الفورى.

جـ- الرغبة فى أن يحيا بلا قيود .

د - الرغبة فى الدخول فى مغامرات مثيرة .

هـ - الرغبة فى «لفت الأنظار» .

و – سلوكياته بها «طفولة» بغض النظر عن طبيعة المرحلة العمرية، التى يخوض غمارها الآن .

ولذا .. فإن من أهم محاولات العلاج استئصال حالة «الندم» والأسف على النفس، أو إن المدمن لن يصل إلى هذه الحالة إلا بعد :

أ – أن يمتنع عن التعاطى .

ب– تبصيره بأضرار المخدرات .

جـ– زيادة دافعيته للمشاركة فى البرنامج العلاجى .

ولذا فإن إجبار أو دفع المريض إلى العلاج، دون أن «تتسلل» الرغبة أو تكون نابعة من داخله لن يفيد ، ولن يصل إلى هذه الحالة من «الاعتراف» أو الأسف على النفس . وأن الدخول فى «مواجهات» مع المدمن ، من قبيل حرمانه من بعض الأشياء، وعزله ، وتذكيره كل دقيقة بالآثار الضارة التى حاقت به وبالآخرين – دون اختيار الوقت المناسب – سوف يقود إلى عديد من الآثار السلبية.. وأن الأسف على النفس.. لن يكون مجدياً إلا إذا اعترف به المدمن لآخر يتفهم هذه المشاعر ... ويتعامل معها من منظور نفس / دينامى / اجتماعى؛ لأن عدم وجود مثل هذا الشخص قد يدفع المدمن إلى : الانتكاس بل والعودة بصورة انتحارية، وكأن لسان حاله يقول : أدمنت وخسرت ... فماذا بقى لكى أخسر أكثر ؟!

– أسرة وتم طردنا منها ، وكانت (فضيحتنا) على رءوس الإشهاد.. فلماذا تتوارى خجلا؟ فلنكشف الغطاء عن وجوهنا وليكن بصرنا اليوم حديداً؟!

– عمل وقد تم فصلنا منه ... فكيف التزم .. وحتى لو التزمت فهل يقبلنى صاحب عمل آخر ؟ وما يدرينى أن رجال الأعمال لم يكونوا شبكة، يبلغون بعضهم البعض بالبيانات والمعلومات، وبالتالى يكون مصيرى الرفض والطرد ؟!

– حتى الزوجة ضاقت بى ... وذهبت إلى المحاكم .. واستطاعت أن تسرق كل الأوراق التى تفيد أننى مدمن، وأننى قد خضعت للعلاج، واستطاع «المحامى» أن «يجلجل» بصوته فى المحكمة ، وأن يتعاطف القاضى مع الزوجة ثم حكموا لها بالطلاق وقد أخذت كل شيء، وتركت لى الشقة «تصفر وتمرح» فيها الرياح ؟

– هل هناك مصائب أكثر من ذلك ؟

وسوف نقدم نموذجاً لأسف مريض على نفسه، ولكنه تم إبان فترة العلاج، وقد

تفهمت- كمعالج نفسى- هذا الأسف على النفس ... وظل هذا المريض فترة طويلة يتردد على العيادة الخارجية بلا انتكاس .

٤- سرعة الغضب :

الغضب هو انفعال يسود حياة المدمن ، وقد اعتاد المدمن الثورة والانفعال لأتفه الأسباب ، وقد ينتاب المدمن الغضب ؛ خاصة فى مراحل كثيرة إما مصاحبة للإدمان (مثل شك الآخرين فيه ، أو عدم وجود مخدر ... إلخ)، وتزداد حدة الغضب بعد التعافى والخروج من المستشفى ولأى شىء ... إنه يريد أن يطبق القانون الإلهى «كن فيكون» على الرغم من استحالة ذلك من الناحية الواقعية ، ولكن ديناميات الطفل التى تنتابه وتسيطر على حياته يجعله ينظر إلى الأمور كذلك، أو حين يصل غضبه من أى شىء يمكن أن يتخذ ذلك ذريعة للانتكاس ؛ فالغضب يكون ناتجاً عن الإحباطات التى يواجهها الشخص عبر مراحل حياته المختلفة وما أكثرها، سواء أكانت إحباطات نفسية أم اجتماعية أم مهنية أم مادية وغيرها ... ولذا إذا لمسنا فى.. المدمن ثورة مع التقاليد وغضب مكتوم ، وعدم القدرة على مواجهة الواقع بكل إفرازاته فإن ذلك يكون مؤشراً لابد من أخذه فى الاعتبار حتى يتم تصحيح المسار .

٥- عدم الراحة أو الإرهاق :

ونقصد أن المدمن لا يقيم توازناً محسوبا لكافة مفرادت حياته ، فإذا كان لبدنك عليك حق.. فإن ذلك يختفى من نظام المدمن المتعافى .. بل ويهمل صحته ؛ لأن بعض المدمنين المتعافين يتحول إلى مدمن عمل فيهمل صحته ، بل وحتى طعامه . وإذا كان المثل يقول : إن العقل السليم فى الجسم السليم، فإن التفكير الصحيح لا يصدر إلا من بدن صحيح ؛ لأن الشعور بالتوازن بل والعافية الجسدية يقود بلا شك إلى التفكير المنظم وإن الإرهاق المستمر ، وعدم التوازن ، بل وعناد الطبيعة قد يقود إلى عديد من الأحاسيس، أهمها : الإحساس بالإنهاك والضعف والخوار ، وأن الأمور لم تعد كما كانت من قبل .

وقد لاحظنا أن عديداً من المدمنين المتعافين يبالغ فى تناول المنبهات من قبيل: الشاى والقهوة ... دون تناول طعام ... وهذا فى حد ذاته نوع من العدوان الموجه إلى البدن ... فإذا وصل إلى هذا الحد من الإنهاك، تخطر فى سمائه فكرة مؤداها : قليل من الخمر - مثلا - ينعش المعدة ، ويجعل الجسد ينتفض صحة وقوة... وجرعة واحدة لا تضر . فإذا أقدم على تنفيذ هذه الفكرة ضاع كل شىء ، وكأس يجر

أخرى حتى يجد نفسه قد فقد سيطرته، وعاد إلى المخدر الذى كان يتعاطاه بأكثر مما كان ، ومعظم النار من مستصغر الشرر .

٦- الكذب والتبرير :

ويكون فى البداية كذباً من النوع البسيط ، ويبدأ فى ممارسته عن قصد تجاه عديد من أفراد أسرته ثم زملائه فى العمل ... وهكذا حتى تصل الأمور إلى درجة أن يكذب على نفسه، دون أن يعرف أنه يكذب، وهذا هو التبرير، الذى يعد كعملية تلجأ إليها الأنا لحل الصراعات التى تدور فى الشخصية ، ويواجه بها دوافعه .. ومن هنا فقد يصطنع المدمن لنفسه الأعذار والمبررات حتى يتجنب فعل ما لا يريد أ وحتى يفعل ما ينبغى تجنبه .. وإن لم ينتبه الشخص المتعافى لذلك أو الذين يحيطونه.. فقد يعاود التعاطى والانتكاس مرة أخرى .

٧- فترات من الاكتئاب الشديد :

الاكتئاب هو الشعور باليأس المبالغ فيه والذى ليس له ما يبرره ، كما أنه ينتاب المدمن من حين لآخر ... وقد يدفعه ذلك إلى اليأس بل والتفكير فى الانتحار والسخط، وإثارة العدوان ، وقد يرتد العددوان إلى الذات ، والاكتئاب بصفة عامة شعور مؤلم ، كما أن الشخصيات المكتئبة - بصفة عامة - مرشحة للاكتئاب أكثر من أى شخصيات أخرى.. لماذا ؟ لأن الشخص الاكتئابى:

- مزاجه العام به إحساس من الحزن .
- يفتقد إلى الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التى تثير الناس .
- معرض لنوبات من هبوط المعنويات والحالة المعنوية (والتى قد تصل إلى الحضيض) .
- لديه إحساس قوى بالاكتئاب قد يستمر لعدة أيام .

ولذا.. فإن الشخص فى غمرة هذه المشاعر والأحاسيس قد لا يجد مفرا سوى تعاطى أى مادة مخدرة، تساعده على التغلب على هذه المشاعر، أو تصبح المادة تلك - بالنسبة له - هى السلوك والأمل الذى يرفع معنوياته .

ومهم جدا للشخص المتعاف تحديداً أن يعترف بهذا الشعور وأن يتعامل معه ، وأن يقنع نفسه - أو يذهب إلى المعالجين - بأن التعاطى لا يفيد ، وعليه أن يعيش ويحيا دون مخدر، أفضل له من أن ينتكس وتصبح حينذاك لديه مشكلتان :

أ – مشكلة الاكتئاب .

ب– مشكلة الإدمان .

وإذا كان أحدهما يقود إلى الآخر .. فإن أحدهما – أيضًا – لن يحل مشكلة الآخر.

٨– الملل والبطالة والفراغ :

جميع الدراسات قد أكدت أن الفراغ والبطالة والإحساس بالملل تعد أحد الدوافع التى تدفع الشخص إلى التعاطى ، ونستطيع أن نقول إيضا وتدفع الشاب إلى الانتكاسة؛ ذلك أن قيام الحياة بلا هدف مقصود أو نشاط.. كل ذلك يقود إلى الانتكاسة .

وأن الفراغ ، وعدم وجود مشاريع للمستقبل ، أو انخفاض مستوى الطموح ، قد يكون سببا مهمًا للانتكاس؛ ولذا يجب على المتعافى (وقبل أن يخرج حتى من المستشفى كما كنا نفعل) أن يثير هذه القضية مع المدمن ؟

– ما الذى تريد أن تفعله بعد خروجك من المستشفى ؟

– ما المشروعات التى تفكر فيها الآن ؟

ونبدأ فى مناقشته أو تحديد كل هذه الجوانب، بشرط أن نراعى عدة أشياء :

أ – مناسبة الهدف مع الإمكانيات .

ب– ألا تكون المشروعات فوق طاقة الشاب .

جـ– ألا تحتوى كل إمكاناته وقدراته .

د – أن تكون الأهداف واقعية .

هـ– أن يكون التخطيط لحياته شاملا ولا يترك هكذا – على الأقل فى الأيام والشهور الأولى – للصدفة أو العشوائية .

ولذا فإن عديداً من الدراسات التى أجريت فى مصر، وجدت أن البطالة وعدم شغل أوقات الفراغ بما يفيد يجعل الشاب (العاطل) يتجه إلى التدخين وتعاطى المخدرات، بل وإمكانة ارتكاب كافة السلوكيات الإجرامية ، وهذا أمر متوقع لماذا ؟

– لأن المثل الإنجليزى قد لخص مأساة العطالة فى هذا القول : أن الشيطان يوظف العاطل The devil employ the idle .

- إن استمرار حالة البطالة، وما يرافقها من حرمان ومعاناة، كثيراً ما يدفع الفرد المتعطل إلى إدمان الخمور والمخدرات .

- إن الفراغ وعدم شغل أوقات الفراغ بما يفيد قد يجعل العاطل يسقط فى هوة الاكتئاب والاغتراب، وربما يقدم على الانتحار ، حتى يتخلص من حياته ، وربما (ينتحر) فى الإدمان .

- إن الفراغ والعطالة تدفع الشاب العاطل إلى ممارسة كافة سلوكيات العنف تجاه الآخرين أولا ثم الذات ثانيا ، ويذكرنا ذلك بقول (هيجل) : إنك بقتلك الآخر إنما نفسك تقتل .

- ولذا يجب على من بيدهم مقاليد الأمور مراعاة هذا الجانب، وتوظيف الشباب؛ حتى لا يعطوا الفرصة (للشيطان) لكى يوظفهم .

٩- أصدقاء التعاطى السابقين :

إن التعاطى - بلا شك يُعرف الشخص على مجموعة من الزملاء فى هذا المجال، وتدور اهتماماتهم حول هذا الأمر ، ولا نستطيع أن نطلق عليهم لفظ (أصدقاء) لأن الصداقة - كما تعرف - تختلف تماماً عما يتم فى جلسات التعاطى ، واحتمال قائم لحالات من الخيانة والغدر والحسد والتدمير واستغلال أى معلومات أو نقاط ضعف، يكون المدمن قد أفصح بها لزميله هذا قبل التعاطى ، كما أن دخولهم فى مجال الإدمان يجرهم إلى عديد من السلوكيات المدمرة .

وأعرف مدمناً دخل إلى المستشفى، واجتاز عملية العلاج بدافعية لا بأس بها، وقد تلقى أكثر من مكالمة تليفونية من صديق له يحثه على الخروج لأن الأحوال فى الخارج على ما يرام (من حيث توافر المادة المخدرة ، ورخص ثمنها وأنه قد وفق فى التعرف على «شلة» من «البنات» مما يجعل للجلسات مذاقاً حاراً أو مختلفا .. لكن هذا المريض قد صارحنى بذلك ، وتعاملنا مع هذه الأفكار / الأوهام ... ورفض بعد ذلك تلقى أى تليفونات منه ... ولكن صاحبنا هذا قد انتكس ... وحين قابلته لأعرف سبب الانتكاس بعد ثلاثة أيام فقط من خروجه من المستشفى، وبعد أن مكث بها مدة تزيد عن الشهر والنصف حتى قال لى :

- هل تذكر الشخص / الصديق الذى اتصل بى ويحثنى على ضرورة الخروج .

- قلت له : نعم ... أتذكره ... وأتذكر أننا قد تناقشنا فى هذا الأمر .

- هو السبب فى انتكاستى .

– كيف ؟

– تصور وأنا خارج من باب المستشفى وجدته ينتظرنى بسيارته ، قابلنى بالود والترحاب ، وحدثته عن ضرورة أن «ينوى» ويدخل المستشفى و«يودع» الإدمان ... فوعدنى خيرا .. ثم سألنى :

– ما رأيك بهذه الأغنية التى تذاع الآن من جهاز تسجيل السيارة .

– لا أهتم بها .

– إذاً افتح التابلوه هذا (تابلوه السيارة) وستجد مجموعة من شرائط الكاسيت الجميلة الرائعة.

– وحين فتحت تابلوه السيارة ... ماذا وجدت؟ وجدت لفة بها «بودرة الهيروين» وحين لامستها يداى ... شعرت بقشعريرة ... وبعرق غزير ينتابنى ... وعقلى قد توقف تماما ...وحين وجد حالتى تلك ... أخذ يقهق قائلا لى :

– على رسلك ... ستتناول حبيبك .

– ....

– بقى يا خاين عايز تتعالج وتتركنا إحنا للبودرة والموت ؟!

ولقد انتكس (صاحبنا) هذا .

والشاعر العربى يقول عن الصديق :

لا تسل عن الفتى وسل عن قرينه

فكل فتى بقرينه يعرف

ولذا .. فإن النصيحة التى تقدم فى هذا الشأن ... أن (يغير) المدمن المتعافى من أصدقائه أو زملائه الذين تعرف بهم إبان فترة التعاطى ، لأنهم سوف يحاربون شفاءه، كما أن تعافيه هو تذكير لهم بأنهم ما زالوا فاشلين ... وهم لا يحبون أن يكونوا كذلك .. ويصنفوك إلى فئتين لا ثلاث لهما :

– إما صديق تكون معنا فى السراء والضراء .

– وإما عدو يجب محاربتك بشتى الطرق والوسائل .

ومن ليس معنا فهو ضدنا يجب محاربته .

١٠- الغرور :

ويظهر هذا النمط من السلوك فى تأكيد المدمن / المتعافى أنه الآن قد «طلّق» الإدمان وبلا رجعة ، وأنه كى يثبت لنفسه ذلك.. فسوف يقوم بالآتى :

أ - التردد على أماكن التعاطى .

ب- احتمال أن يرى المخدر .

جـ- مشاهدته أو لمسه لأدوات التعاطى .

د - الاحتكاك بزملاء ما زالوا يتعاطون حتى الآن .

هـ- عدم الانتظام فى برنامج المتابعة بحجة أن القضية قد انتهت لصالحه، وأنه قد حسمها ، وأنه قد «صرع» الإدمان ودفنه فى باطن الأرض وإلى غير رجعة .

لكن كل هذه العلامات ... ما هى إلا نذير أنه فى طريقه إلى الانتكاس، وأن من حام حول الحمى أوشك أن يقع به أو فيه ... وطبعا تنتهى كل هذه (الأقاويل) بسقوط المدمن المتعافى فى الانتكاس مرة أخرى.. وفى البداية تتسلل الأفكار إليه فى صمت وفى خبث من قبيل :

- جرعة واحدة لا تضر .

- أستطيع أن أثبت لنفسى أننى قادر على التحكم فى نفسى .

- جرعة واحدة لن تجر تجرعات أخرى، وسوف أثبت للمكابرين / المعاندين ذلك قبل أن أثبته لنفسى .

وفعلا تبدأ الجرعة ولا يتوقف إلا بأن ينتشله أحد إلى المستشفى أو يلقى حتفه نتيجة :

أ - الجرعة الزائدة .

ب- احتمال اختلاط مادة الهيروين بمواد أخرى .

جـ- احتمال تعاطى أكثر من مادة مخدرة مما يفوق قدرة الجسم على التحمل، فيسقط قتيلا .

١١- لماذا لا يتغير الآخرون ؟

وتلك تعد «عقدة» ومشكلة ومحور حياة المدمن ... فالمدمن بعد سنوات من الكذب والخداع والمراوغة والسرقة ، وأضرار لا حصر لها قد أوقعها بأفراد أسرته وبالآخرين .. وبعد أن (يتم اكتشافه) بصورة مؤكدة سوف يفقد ثقة الآخرين به ، بل سوف يخسر عديداً من المساحات التى قد اكتسبها (قبل أن يتم اكتشاف أنه مدمن) .. فإذا دخل المستشفى ومر بالبرنامج العلاجى .. .وبدأ يحدث عديد من التغيرات فى سلوكياته .. وحين يخرج إلى المجتمع ، فإنه يريد :

١- أن يستعيد بسرعة ثقة الآخرين فيه .

٢- أن يستعيد المساحات التى افتقدها من قبل .

٣- أن يقوم بأدواره المتعددة التى كان يشغلها ، وقبل أن تتدهور بسبب الإدمان .

٤- باختصار يريد أن ينسى الآخرين (مآساته أو القصة الماضية إبان فترة الإدمان)، وأن يعودوا كما كانوا يتعاملون معه، قبل أن ينزلق إلى هذا الطريق .

لكن على المدمن المتعافى أن يعلم :

- أن ثقة الآخرين لن تعود السرعة نفسها التى يتصورها، بل على العكس إن الثقة لكى تعود، فإنها تحتاج إلى عديد من الأساليب والأعمال (لا الأقوال) من جانبه .
- أنه قد خسر فعلا بعض المساحات ... وأن استعادتها إنما تعود إلى عديد من الظروف والملابسات، والتى قد لا تكون جميعها تحت سيطرته الآن .
- أن عليه أن يعرف أنه لابد أن يمنح الآخرين الوقت الكافى حتى يستعيدوا ثقتهم فيه ... وأن الثقة فيه مازالت ضعيفة (إن لم تكن معدومة) ، إضافة إلى أنهم ما زالوا يبحثون عن مزيد من الأدلة على جديته وتعافيه ، وتغير سلوكه إلى الأفضل، وأنه فعلا يواصل الإقلاع والتعافى ... وطبعا لن يستعيدوا الثقة من مجرد موقف عملى، بل من مواقف ... كل هذا وغيره قد يجعل ذلك المدمن المتعافى يصاب بالإحباط والقلق والغضب .. وهى كلها عوامل قد تؤدى إلى الانتكاس .

والانتكاسة - كما نعلم - تتسلل إلى فكر الشخص المدمن ومن باب خفى؛ إذ يقنع نفسه مثلا بتناول مهدئات (حبة واحدة لا تضر ولن تعجل بقيام القيامة) كما

ذكر لى هذه العبارة بالنص أحد المدمنين المنتكسين .

والعجيب أنه قد يلجأ إلى المهدئات عبر الأبواب الشرعية ... إذ يذهب إلى طبيب نفسى مشتكياً من أعراض (قد حفظها عن ظهر قلب)، لابد أن يكون الطبيب عند حسن ظن المريض ... فيكتب له الروشتة ... محددا (الكمية والوقت) ... ويذهب إلى أى صيدلية ويعرفها بطريقة شرعية (ولا داعى لذكر عديد من الطرق الملتوية الأخرى لصرف الأدوية النفسية حتى دون روشتة !) ، ثم يبالغ فى أخذ الكمية ... ويمثل ذلك الأرض التى تمهد لفكرة الانتكاسة ... فإذا انتهى (شريط الحبوب) ... قال لنفسه : يا ولد أنت دلوقتى (مقطوع) وجرعة من الخمر لا تضر ، وشمة من الكوكايين لن تزلزل الأرض ، وإبرة من بودرة الهيروين لن تعجل بالنفخ فى السور، وسوف أتمالك نفسى ولن أزيد على ذلك ... ومعظم النار من مستصغر الشرر .

* * *

تلك كانت أبرز العلامات التى تدل على أن المدمن المتعافى سوف يدخل فى مجال الانتكاسة . وقد اكتفينا بالعوامل (١١) تلك؛ لأنها تعد الأساس الذى يجب ملاحظته ... على الرغم من أن المهتمين بمجال الانتكاسة ودروبها يحددون دور عديد من العلامات الأخرى، مثل :

- التظاهر بالطاعة الزائدة .
- الشعور بالضعف والهزال .
- عدم القناعة .
- الرفض التام لأى مساعدة .
- عدم الانتظام فى مواعيد النوم .
- عدم انتظام مواعيد الطعام.
- فترات من الارتباك .
- أمنيات مستحيلة التحقيق، يؤمن الشخص أنها سوف تحقق له السعادة.
- فقدان القدرة على التخطيط؛ حتى لو وضع تصوراً لأى تخطيط سوف يفشل .
- النظرة الضيقة للأمور .
- التدخل فيما لا يعنيه .

- سلوك إجبارى قهرى يزعج الآخرين .
- التذمر دون سبب .
- التفكير فى التعاطى القليل .
- البدء فى التعاطى القليل .
- فقدان الثقة بالنفس .

الفصل الثانى

المواقف التى تدفع إلى
التعاطى والانتكاسة

أولاً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المعالجين.

ثانيًا: حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين المنتكسين .

الفصل الثانى

المواقف التى تدفع إلى التعاطى والانتكاس

مقدمة :

لا جدال فى أن الإدمان عملية معقدة ومتشابكة ، وأنه مرض مزمن (مثله تمامًا مثل مرض السكر مع وجود بعض الفروق) وأن الإدمان مرض يتطلب منا الآتى:

أ – أن نتقبل فكرة أن العمليات الفسيولوجية والتمثيل الغذائى لدى المدمن ، تختلف عن مثيلاتها لدى غير المدمن .

ب– هناك عديد من الأضرار التى تصيب المدمن ، ورغم ذلك ينكرها .

جـ– أن الأسباب والدوافع التى تدفع إلى الإدمان تختلف من شخص إلى آخر .

د – أن الاحتياج النفسى للتعاطى يختلف – أيضًا – من فرد إلى آخر .

هـ– أن الدافعية للعلاج – أيضًا – تختلف من شخص إلى آخر ، بل فى الشخص الواحد من مرة إلى أخرى .

و – أن العوامل التى تدفع إلى الانتكاس – أيضًا – تختلف من شخص إلى آخر ، بل فى الشخص الواحد من مرة إلى أخرى .

وسوف نقدم فى هذا الفصل رؤيتين لحصر المواقف ، التى تدفع إلى التعاطى والانتكاس .

أولاً : حصر لمواقف الانتكاس من وجهة نظر المعالجين :

وقد تم حصر هذه المواقف من خلال :

أ – العمل مع المدمنين .

ب– القراءة المتعقمة لديناميأتهم .

جـ– تعدد المواقف .

د – تعدد الميول والاحتياجات لدى المدمن .

وقد تم صياغة هذه المواقف على هيئة (أسئلة) يجيب عنها (المدمن المنتكس)؛ حتى نقف – بعد التطبيق – بصورة موضوعية على (حصر) المواقف ،التى تدفع إلى الانتكاس ، وتكون تحت سمع وبصر المدمن ، وكذا المعالج لمحاولة التعامل نفسيا واجتماعيا وتأهيليا مع هذه المواقف .

وقد تم حصر هذه المواقف فى :

أولاً : الانفعالات المزعجة :

أثبت عديد من الدراسات أن المدمن تنتابه دائما انفعالات ، تتميز بعدم الاتساق/ والحدة / والتقلب / وعدم الاستقرار ؛ بمعنى آخر : أن انفعالاته تشبه انفعالات الطفل ... حيث يرفض :

أ – التأجيل .

ب– يريد الإشباع الفورى .

جـ– يريد أن يلبى الآخرون كافة احتياجاته ، حتى وإن لم يفصح عنها .

د – أن كلمة (الآخر) تمتد لتشمل جميع الأفراد الذين يتعامل معهم بدءاً من الأم والأب ، وانتهاءً بأى (بائع) أو (شخص) ما فى الطريق .

وإذا كان من قوانين الحياة :

أ – ضرورة التأجيل .

ب– اختبار الواقع .

جـ– مراعاة ظروف الآخرين .

فإن مثل هذه (القواعد التى لا جدال فيها) لا يتحملها هذا الشخص ، بل ويعتبر أى عقبات ، أو تأجيل إحدى رغباته إنما هى من قبيل (المؤامرة)، التى تهدف إلى الإحاطة به ، فيتحول الانفعال إلى غضب ، والغضب إلى عدوان ، والعدوان قد يكون:

أ – لفظياً (سب) .

ب– بدنياً (إيذاء) .

جـ– لفظياً وبدنياً (سب وإيذاء) .

وإلى من سيتحول هذا العدوان ، فقد علمتنا الدراسة المتأنية لهذا السلوك أن العدوان (يفرغ) فى ثلاثة مسارات ، هى :

أ – أن يوجه إلى مصدر الإحباط .

ب– أن يوجه إلى مصدر بديل (فى حالة عدم القدرة على مواجهة المصدر الرئيسى / المسبب للإحباط) .

جـ– إذا انغلقت كل الطرق فليس هناك سوى النفس / الذات .

وإن إيذاء النفس يأخذ عدة مصادر وأشكال ، مثل:

أ – اللوم المستمر للذات .

ب– الشعور بالذنب .

جـ– احتقار النفس .

د – فقدان الثقة بالنفس .

هـ– التفكير فى الانتحار .

و – إهمال الصحة بل وتعريضها للخطر.

ز – رفض تناول الطعام أو الأدوية .

ح – الإدمان .

ط – المبالغة فى ممارسة الجنس .

ى – الانتحار .

ولقد تم حصر تلك الانفعالات المزعجة ، والتى تسبب الانفعالات فى :

١– **الإحساس بأنه السبب فى المصائب التى تحل به** : ولا شك أن هذه نظرة غير موضوعية للأمور ، لأن (الموضوعية) تقتضى أن (يوازن) الشخص بين كافة العوامل والأسباب التى أدت إلى نشأة أو وجود مشكلة ما ، ويجب ألا يتوقف الشخص طويلاً أمام ذلك .. إذ بعد : التشخيص يبدأ فورا فى وضع أسس العلاج . أما أن يظل (يندب) حظه العاثر ، ويبكى على الأطلال دون أن يفكر فى الخروج من هذا المأزق .. فهذا هو الخطأ بعينه .

٢– **أخشى ألا تسير الأمور كما أشتهى أو أتمنى** : وقد تحدثنا عن ذلك سابقا ، لأن المدمن إذا دخل إلى المستشفى ومر ببرنامج العلاج .. فإنه يريد من فوره أن يستعيد كل أدواره وكل ثقة الآخرين ، وينظر إلى شك الآخرين والنظر إليه بحذر

إلى أنها (احتياطات غير مبررة) وغير مفهومة ... مما تولد لديه مشاعر الغضب والرفض .. وهكذا .

٣- **أغضب لما وصل إليه الحال :** إن السير فى طريق الإدمان وتسلح المدمن بوسائل دفاعية من قبيل الإنكار والتبرير والإسقاط .. كل هذه الوسائل الدفاعية سوف تجعل المدمن يصاب (بالعمى) [سواء عمى الإبصار أو القلب أو العقل] .. وبالتالى لا يدرك هول ولا طبيعة الأضرار والخسائر التى أصبحت تحيط به ، والمساحات الشاسعة من الأرض التى يخسرها .. كأن الإدمان قد أدخله فى غيبوبة ، وحين ينتظم فى البرنامج العلاجى فإنه يريد فور الخروج من المستشفى أن يجد كل الأمور تسير على ما يرام أو (كأن شيئاً لم يكن) .. فإذا وجد عكس ذلك ... فإنه يغضب .. والغضب انفعال مؤلم ، لابد أن يعقبه التفكير الجدى فى: كيفية التعامل معه - ولما كان المدمن غير مدرب على التعامل مع مثل تلك الانفعالات .. فإنه يلجأ إلى أسهل الطرق : تناول مهدئات أو يقول لنفسه العبارة الشهيرة (لكل من يريد أن ينتكس) : «جرعة واحدة لن تضر ولن تجعل القيامة تقوم» .

٤- **تختلط الأمور فى ذهنى ولا أدرى ماذا يجب أن أفعل تحديداً :** هذا هو واقع المدمن فعلاً .. فقد جعله الإدمان يبتعد عن ممارسة أدواره .. وحين يأس منه الآخرون تركوه وشأنه فترة من الوقت .. فزاد من إدمانه .. ثم وصلت الأمور إلى درجة أنه الآن لم يعد يميز بين :

- أى الأعمال سيلتحق بها ؟
- أى الإناث سيقترن بها ؟
- أى الأشخاص سيأمن له ويدخل معه فى صداقة ؟
- أى القرارات يجب عليه اتخاذها الآن وفورا ، وأيها يؤجلها إلى وقت قادم ؟

ولذا على البرامج العلاجية الجيدة - فى هذا المجال - أن تأخذ مثل هذا الأمر فى الحسبان ، وأن تناقش هذه القضية تفصيلا مع المدمن المتعافى ، وقبل أن تطأ قدماه إخارج المستشفى .

وغالبا ما تكون الموضوعات التى يجب مناقشتها (وأن يعرف المدمن المتعافى رأسه من قدميه فيها) ، مثل :

١- العمل .

٢- الأسرة (أسرة المدمن المتعافى) .

٣- الزوجة والأولاد .

٤- الأصدقاء .

٥- أين سيسكن .

٦- كيفية قضائه وقت الفراغ .

ولا مانع - كما كنا نفعل - أن نجرى اتصالاتنا مع الأطراف الخارجية التى يهمها أمر هذا الشخص فى مشاركتنا فى الرأى ، وأن يقدموا لنا تصوراتهم حتى يقرر الفريق العلاجى خروج المدمن المتعافى ، وقد أتضحت الأمور وتبقى فقط خطوة التنفيذ وإثبات حسن النية ، ومعارك استعادة الثقة بين المدمن المتعافى وكل الأشخاص المحيطين به .

ثانيا: عدم الارتياح الجسدى :

بداية .. قد يلجأ المدمن إلى التعاطى كنوع من العلاج الذاتى من بعض الآلام الجسدية أو المشاكل الصحية التى يعانى منها .. وهذه حقيقة قد أكدها عديد من الدراسات والأبحاث فى هذا الصدد ، ثم يفاجأ الشخص - بعد فترة من تعاطى المخدر- دون استشارة طبية طبعا وبتحريض من زملاء التعاطى - بالوقوف أمام حقيقتين ، هما:

أ - أن الآلام والاضطرابات الجسدية ما زال يعانى منها .

ب- أنه الآن يواجه مشكلة جديدة إلا وهى : الانشغال الدائم بالإدمان والتعاطى وكيفية توفير المادة المخدرة ... إلخ ، هذه الدائرة المحكمة واللانهائية .

ولذا فإن عدم الارتياح الجسدى يظهر فى عديد من السلوكيات ، مثل :

١- لا يأتينى النوم بسهولة : لا جدال فى أن النوم عامل مهم جدا لانتظام الإيقاع البيولوجى للشخص ، وأن فترات النوم تختلف من شخص إلى آخر .. إلا أن الشىء الثابت : أن جميع الكائنات الحية تنام وإن اختلفت فترة النوم ، وأن تعريضها لعدم النوم قد يقود إلى عديد من الاضطرابات .. ولا شك أن دورة الحياة وانتظام أشكالها لدى المدمن يحدث لها خلل نتيجة للتعاطى وطقوسه .. إذ قد يصل الليل بالنهار.. أو قد يحدث العكس مما يقود إلى خلل فى (ساعته

البيولوجية) .. ويرى المدمن المتعاطى نفسه يعانى من اضطرابات فى إيقاع النوم .. وما أن يضع رأسه على الوسادة حتى يدخل فى عديد من التفكير ، والقلق ، والاضطرابات.. أو يكون نومه متقطعاً أو يجد صعوبة فى بدء النوم .. أو إذا أستيقظ لسبب أو لآخر قد يجد صعوبة فى مواصلة النوم مرة أخرى ، ناهيك عن الأحلام والكوابيس التى تنتاب المدمن المتعاطى .

والمفروض (حل) هذه المشكلة من قبل أعضاء الفريق العلاجى ، ووضع خطط علاجية يتبعها الشخص – وهو ما زال بداخل المستشفى – حتى لا يواجه بهذه المشكلة حين يكتب له الخروج النهائى من المستشفى ؛ لأن الاضطراب فى النوم قد يكون أحد الأسباب الدافعة إلى الانتكاس .

٢– الإحساس بالدوخة والرغبة فى أن يظل يقظا منتبها : حيث أثبت عديد من الدراسات أن اللجوء إلى المخدر يتم بواسطة دوافع واحتياجات متعددة ، ومنها: الرغبة فى السهر واليقظة إلى أطول فترة ممكنة ، وقد أثبتت الأبحاث التى أجريت على فئات العمال ذلك فى الدراسة ، التى أجريت بواسطة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ... ويجب أن يكون المدمن المتعافى قد تعلم إبان انتظامه فى البرنامج العلاجى حسم هذه القضية مع أعضاء الفريق العلاجى ، من خلال الإجابة عن هذه التساؤلات :

أ – ما الهدف من السهر ؟

ب– هل ظروف عمله تقتضى ذلك ؟

جـ– ما فائدة أن يظل منتبها ؟

د – لماذا يلجأ إلى وسائل (مصطنعة) لزيادة نسبة السهر ؟

هـ– هل تسير حياته (من الممكن) دون أى منبهات أو وسائل صناعية ؟

ولا شك أن الإجابة عن كل هذه التساؤلات ومناقشتها مع المدمن المتعافى تدفعه إلى مراعاة هذه العلامة ، والتى قد تدفع إلى الانتكاس ، ما لم يتم التعامل معها من خلال أسلوب علمى / موضوعى .

٣– ينتابنى الغثيان والقرف : ذلك أن المدمن – بعد المرور بتجربة الإدمان يكون قد اكتسب عديداً من الأساليب السلوكية ... وحين يخضع للبرنامج العلاجى فإننا لانتوقع أن زملة هذه (الأعراض السلوكية السيئة) سوف تنتهى وفوراً ؛ لأنها تكونت على مر الأيام ، ودون شك فإن تعديلها يحتاج إلى بعض الوقت والجهد

والمثابرة .. إلا أن المدمن المتعافى يريد أن :

أ – يتغير الجميع مثلما هو قد تغير (أو هكذا قد يظن ذلك) .

ب– الرغبة فى استرداد الثقة .

جـ– القدرة على مجادلة الآخرين حتى يثبت لهم أنه على حق .

د – أن الأمور لا تسير كما كان يود أو يحب أو يتمنى .

وكل ما سبق مجرد مؤشرات قد تدفع إلى الانتكاس .. لأنه إذا لم يتفهم دينامياته (بدرجة معقولة) ، وكذا فهم كيفية إدارة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين .. وإذا لم يتفهم ذلك (ومن خلال أعضاء الفريق العلاجى) ، فسوف يكون مصيره الانتكاس .

ثالثا : الانفعالات السارة :

مثلما تدفع الانفعالات المؤلمة إلى التعاطى ، فقد تدفع الانفعالات السارة إلى التعاطى والانتكاس أصلاً .. لدرجة أن هناك نظرية قد تبناها العلماء الذين اهتموا بالإدمان وتعقيداته من حقيقة : أنه يجب أن يفسر الإدمان من خلال نظرية اللذة ، وأن المخدر يجب أن يحدث لذة ليكون ذا قوة إدمانية كبيرة كما هومفروض . ولذا فإن المخدرات – كما توصل عديد من الدراسات – يستخدم من أجل (زيادة مفعول اللذة) Drugs For Pleasure ، وفى هذه الحالة تستخدم المخدرات فى عديد من المواقف الاجتماعية كمرطبات لزيادة الشعور باللذة / تسهيل التفاعل الاجتماعى مع الآخرين/ الدخول فى مود Mood الموقف .

ولعل نظرية إبراهام ماسلو Maslow خير نموذج على ذلك ؛ إذ إن الحاجة إلى زيادة النشوة تكون الهدف من وراء استخدام المخدرات ، إلا أن المشكلة تأتى أنه بعد فترة يرتفع مستوى اللذة حتى يصل إلى القمة ، ثم يأخذ خط اللذة بعد ذلك فى الانخفاض (حتى يعود الفرد إلى حالته السابقة) انطلاقا من حقيقة أنه لا أحزان تدوم ولا أفراح أو نشوة تدوم ، وإنما لكل شىء وقت ، والمهم أن نعرف جيدا متى نفرح ومتى نحزن ومتى نتقبل ذلك ، أو أن هذه حالة استثنائية أو حالة مرضية ، تقتضى منا الذهاب إلى المعالج أو الطبيب للاستشارة .

لكن المأساة أن الكمية التى كانت (تجلب) أو (تزيد) من درجة الشعور باللذة ومع مرور الأيام تفقد أهميتها بعد فترة ، فيضطر الفرد إلى زيادة الكمية أملا فى الوصول إلى (النشوة الماضية) ، أو قد يندفع إلى زيادة الكمية انطلاقاً من أن الموقف

يحتم ذلك الاحتفال بمناسبة سعيدة مثلا ، ولن تمر هذه المناسبة دون أن يحتفى بها .. أو قد يزيد الكمية تحت وهم :

أ - أن يشبع نفسه من هذا المخدر إلى درجة التخمة وبعدها سوف يذهب من تلقاء نفسه للعلاج وتمر الأيام ، ولا يذهب إلى المستشفى إلا فى ظروف خاصة واستثنائية جدا .

ب- الخوف من أن يفقد المخدر نتيجة لوجود مشاكل فى توفيره ، من قبيل القبض على المروج أو زيادة سعر مخدره المفضل فى سوق المخدرات الآن .

جـ- الخوف من أن يرتفع سعر هذا المخدر ، فيقول لنفسه : لأصل إلى درجة التخمة من هذا المخدر ، قبل أن أفقد قدرتى على شرائه .

د - أو قد يظن أنه مهما تعاطى .. فلن يصل بعد ذلك إلى حالة النشوة التى كان يصل إليها من قبل.

وعموما .. فإن المشاعر المفرحة أو السارة التى تقود إلى الانتكاس ، هى:

١- أحس بالارتياح والثقة فى النفس .

٢- تكون كل الأمور على ما يرام .

٣- أحس بالرضا لإنجازى عملا ما .

٤- أن يحدث لى حادث سار ، ولابد أن نحتفل بهذه المناسبة .

ولعل مثل هذه المواقف من أكثر الأسباب والدوافع التى تدفع إلى التعاطى أو الانتكاس ، حتى إذا لم يجد (المدمن المتعافى) الموقف .. فإنه يخترعه اختراعا ، ومن خلال خبرتى فى هذا المجال سمعت من مدمنين قد انتكسوا أسباباً كثيرة :

* مثلا مدمن قد انتكس - بعد العلاج - نتيجة أن زوجته حامل .

* مدمن آخر - بعد العلاج - قد انتكس حين أخبرته زوجته أنها تحبه ، وأنها متمسكة به حتى آخر العمر .

* مدمن آخر - بعد العلاج - قد انتكس لأن شقيقته قد أنجبت ولداً (ذكر) ، بعد أن ظلت لمدة (٥) سنوات بلا إنجاب .

* مدمن قد قرأ فى جريدة أنه تجرى محاولات مستميتة الآن لإيجاد علاج لمرضى الإيدز HIV ، وأن العقار فى مرحلة التجريب ، وسوف يعطى نتائج مبهرة وجيدة

إذا تم تطبيقه على البشر، ففرح لذلك قائلا : ألا تستحق هذه الأخبار أن أتعاطى فرحا ونشوة؟ أليست أخبار الآخرين تعنينا قدر تعاستنا لما يصيبهم من آلام .. ولقد أردت أن أعبر عن سعادتى لذلك فانتكست .

رابعاً : اختبار مدى قدرة المرء على التحكم فى نفسه :

ويثير هذا المحور قضية على جانب كبير من الأهمية، ألا وهى قضية : مركز التحكم Locuse of Control والتى اشتقت من نظرية التعلم الاجتماعى ، ولذا فإنه مفهوم حديث نسبيا ، وقد استخدم استخداماً واسعاً فى عديد من المجالات .

لكن ما يعنينا فى هذا المقام هو: ما طبيعة مركز التحكم لدى مدمن المخدرات؟ وهل يصل المدمن – كما هو الرأى الشائع – إلى درجة أن يصل إلى أن يكون مسلوب الإرادة أمام المخدر؟ أو بمعنى آخر : أليس لدى المدمن مركز تحكم داخلى / ذاتى أمام المخدر ؟ وهل يختلف مركز التحكم عند مدمنى الكحوليات عن مدمنى المواد الأخرى المخدرة ؟

أ – وعموما لا يتسع المجال للإجابة عن تلك التساؤلات هنا (إذ قد يتناول الباحث الإجابة عن تلك التساؤلات وغيرها فى أطروحته للدكتوراة (١٩٩٦) .

ب – والذين اهتموا بمركز التحكم قد ميزوا بين نوعين من الأفراد ، ومن زاوية التحكم والضبط لسلوكهم :

الفئة الأولى : وهم الأفراد أصحاب الاعتقاد فى الضبط الخارجى .. وهم يعتقدون– إلى درجة اليقين – أن كل ما يحدث لهم من (حوار أو كوارث أو أحداث سارة أو مؤلة إنما يحدث دون تدخل منهم ، وأن الحظ والصدفة والعشوائية تلعب (دور البطولة) فى كل أحداث حياتهم .. ثم يقدمون لك سجلاً ببعض تلك الأحداث (ومنها بالطبع : الإدمان) .

الفئة الثانية : وهم الأفراد أصحاب الاعتقاد فى وجهة الضبط الداخلى .. وهم على العكس تماماً من أصحاب الفئة الأولى ؛ لأنهم يعتقدون أنه لامكان للصدفة أو العشوائية أو الحظ فى أحداث وأمور حياتهم ، وإنما ما يحدث لهم مرتبط : بالذكاء / التخطيط / الفاعلية الاجتماعية / الإرادة / المثابرة / رسم أهداف طموحة / اكتشافهم لذاتهم .

جـ- إلا أن هناك وجهة نظر أخرى من جانب العلماء ، قد رفضت هذا التصنيف الدقيق على أساس فئتين من الناس فقط ، بل الحل الصحيح هو أن نتخيل الأفراد تقع أو تتوزع على درجات على متصل Continum يمتد بين النهايتين : نهاية التحكم الداخلى ونهاية التحكم الخارجى ، وأن الأفراد يختلفون فى الدرجة وليس فى النوع ، شأنهم فى ذلك شأن اختلافهم فى أى صفة شخصية أخرى .

د – وبالتالى لن يكتشف الآخرون ذلك .

هـ – وبالتالى – أيضا – سوف يكون عند حسن ظن الآخرين .

خامساً : الإغراءات والحوافز :

إن الدوافع التى تدفع الشخص إلى الإدمان، ثم الاحتياجات المختلفة التى تشبعها لديه هذه المخدرات .. ثم مروره بتجربة العلاج .. بيد أن الوقت المستغرق فى الإدمان ، وكذا نوع المخدر .. ثم الأحاسيس المختلفة التى كانت تنتابه لا شك أنها سوف تظل عالقة لفترة ما فى ذهنه .. وليس من السهولة (محو) هذه الأحاسيس من ذاكرته (لأن الانتقاء وهو لب بالاختيار) .. وهناك عديد من النظريات التى فسرت هذا الاتجاه ، ومنها نظرية (إليس) فى العلاج العقلانى الانفعالى ، والتى تقوم على حقيقة مؤداها : أن أى إنسان لابد أن نجد تشابكاً بين عديد من جوانبه ؛ فالفكر يؤثر فى الانفعال وكلاهما يؤثران أو ينعكسان فى السلوك ، وأن الإنسان عندما يفكر فإنه ينفعل، وإذا فكر فإنه يتصرف ، وإذا تصرف فإنه ينفعل أو يفكر .

ولذلك تظل الإغراءات التى تطارد الإنسان المدمن (المتعافى) متمثلة فى :

١- التذكر الدائم للذة المخدر .. وأحيانا تنتابه هذه الفكرة .. فإذا استغرقه التفكير فى ذلك ، هيأ نفسه انفعاليا ووجدانيا لذلك .. ثم يسلك سلوكا .. قد يدفعه إلى الانتكاس .. لأنه يتساءل : منذ أن أقلعت عن التعاطى ، وأنا لا أجد أى لذة فى أى نشاط تعادل أو تقارب اللذة ، التى كنت أحصل عليها من المخدر .

٢- قد هاجت الذكريات ولم أعد أحتملها .. لماذا ؟

يقول لك المدمن المنتكس :

أ – حين قابلت المروج (التاجر) الذى كان يمدنى بالمخدر ، شريط سينمائى طويل قد جرت مشاهده أمام عينى .. فلم أملك سوى أن أقول له : هل معك جرعة أتصبر بها .. أنا مقطوع وحياتى عدم .

ب- حين سرت فى الشارع الذى كان يقابلنى فيه المروج .. مجرد المرور فيه،

أهاج الذكريات وجعلها (تمر) أمام ناظرى ، فلم أملك سوى الخضوع فامتثلت.

ويمكن حصر المواقف التى تقود إلى الانتكاس (ومن قبل التعاطى) فى :

١- الإحساس بأن الآخرين لم يعودوا - كما كانوا من قبل - يتقبلوننى ، أو أننى ألمح ذلك فى : نظراتهم / همساتهم / حركات أجسادهم ... إلخ .

٢- أن هناك بعض الأشخاص الذين يقفون فى طريق حياتى ، ولا يريدون أبداً أن يتركونى وشأنى .. وأن هدفهم الوحيد - ربما فى هذه الحياة - هو تدميرى .

٣- الناس دائمًا ما تتوتر .. لا يتحمل أحد (تجاوزات الآخر) .. لذلك دائمًا ما يتشاجرون وأحياناً تنشب الخلافات ، بل وتقع المشاجرات وربما تنشب المعارك على أشياء تافهة ، فإذا سألت عن العلاقة بين ما يحدث فى الشارع أو الباصات (كسلوك عادى آلفه الناس) وانتكاسته ، فيقول لك : ألا يجعلك كل ذلك تصاب بالتوتر ؟

- ألا تعلم أن التوتر يعدى ؟

- ألا تعلم أن رؤية المشاجرات والسب وتبادل القذف والجروح ومنظر الدماء يجعلك تصاب (بالقرف) والغثيان .

٤- تشتد المشاجرات والمشاحنات والمنغصات داخل المنزل .. أصبحت لا أطيق الجلوس فيه .. حتى إن لم أتكلم أو أبدأ أنا بالشجار ابتدأته زوجتى .. البيت قد أصبح ساحة للقتال .. لا توجد هدنة يمكن أن تلتقط فيها أنفاسك ، كما يفعل الأعداء فى الحروب أحيانا .

- أو يقول لك : إن الأم والأب فى حالة شجار مستمر .

- أو أنهما فى حالة خصام أو طلاق عاطفى .. لا يتبادلون مع بعضهم البعض أدنى حوار ، وأنهم (يرمون) بالكلام على بعضهم البعض بطريقة غير مباشرة.

- لا أدرى كيف مرت كل هذه السنوات .. إننى لم أر رجلاً يكره امرأة كما رأيت أبى يكره أمى (أو العكس) .

٥- الآخرون يعاملوننى دون مراعاة لأبسط حقوقى الإنسانية .. إننى دائما (الحيطة الواطية بتاعتهم) .. فرئيسى فى العمل - مثلا - لا يتابع حضور وانصراف أحد قدر متابعته لى .. وكأننى (المستخدم) الوحيد فى المؤسسة أو الشركة . كما أن

رئيسى المباشر يكلفنى بأعباء فى العمل، أكثر من زملائى المتواجدين معى فى الغرفة نفسها .. فإذا سألته :

– لماذا لا تعترض ؟

– وكيف أعترض ؟

– تقول لرئيسك إن هذا العمل كثير ، وهناك أفراد آخرون من السادة الزملاء ممكن أن يكلفوا بذلك .

– حاولت مرة ونويت .

– ليه

– لأنه صرخ فى .. وقال لى : على مكتبك يا سيد .. أنا هنا الريس وأعرف أزاى (أوزع) العمل (ثم أعطانى أعمالاً أخرى إضافية .. فلو كنت قد صمت لكان العمل أقل وأجمل وأحسن) .

٦– تنشأ مشاكل بينى وبين زملائى فى العمل .. فإذا استفسرت منه عن ذلك ، قال لك:

– يتفاعل كل اثنين من الموظفين مع بعضهم البعض ويتحدثون عنى ، (فإذا سألت : احتمال أن يكون الحديث فى موضوع آخر غيرك) فإنه يؤكد لك : أليس هناك فى المصلحة أحد غيرى يتحدثون عنه.. أنا المحور والمسلسل اليومى لهم .

– إذا تبودل الضحك فالأكيد أنهم يضحكون منه أو عليه (لا تفرق) .

– فإذا سألت عن الأسرة .. فإنه يقول لك : توجد مشاكل بينى وبين أفراد الأسرة/ أو الأقارب / أو النسايب / أو الجيران / أو حتى مع أفراد لا أمت لهم بصلة معروفة .

وفى التحليل لمثل هذه (المبررات) ، نجد أن :

أ – غالبية المدمنين حساسون جدا إلى درجة (أن مشاعرهم تكون قد قُدت من زجاج).

ب– غالبية المدمنين لا يطيقون اللجوء إلى المثابرة ، لأنهم قد تعودوا الإشباع الفورى بلا تأجيل أو تسويف .

جـ- حين رأيت صديقا كان قد مر بتجربة العلاج وانتكس ، وكنت اعتبره مثلى الأعلى.. وأنه (كان من وجهة نظرى) يمتلك إرادة كنت أفتقد إليها .. فلما وجدته قد انتكس (أو سمعت عنه) ذلك .. قلت : مادام المصير هو الانتكاس، فلننتكس وأن وقوع البلاء أفضل بكثير من الانتظار .. ألا نقول فى الأمثال الشعبية: ضرب النار ولا الانتظار ؟!

د - مدمن متعافى ذكر له حين دخل إلى المستشفى بعد انتكاسته أنه قد انتكس ؛ لأنه قد (شاهد) سرنجة ملقاة بجوار جدار .. فهاجت الذكريات (لأنه كان مدمن حقن بالهيروين والماكس) فيقول : أرتعشت ، غاب تفكيرى ، سرت كالمنوم إلى المروج ، وقمت بكل طقوس تجهيز (الحقن) ، فلما سار المخدر فى عروقى وشعرت (بالفلاش) انتبهت ، وندمت ، وأدركت أننى قد اخطأت، وها أنا ذا قادم إليكم لأصلح خطأى .

هـ- صديق يعرض على أن أشاركه فى التعاطى .. وأنا بطبعى إنسان مجامل ولاأحب أن (أرد أو أكسف) أحداً .. فماذا تتوقع منى .. أطعته وشاركته فى التعاطى.. وانتكست .

و - تتملكنى رغبة جامحة فى التعاطى : أحاول أن أشغل نفسى، ولكن أبداً يظهر التعاطى وطقوسه مثل (القضاء والقدر) لا مهرب ولا مفر منه ، أحاول بينى وبين نفسى أن أؤجل ذلك .. أحسب الساعات ، أحصى الدقائق التى أجاهد فيها نفسى .. ولكن بلا فائدة .. وحين تتزايد الرغبة .. فلن أملك إلا الانصياع لها .. أنا ضعيف ومسلوب الإرادة .. ومجرد (آلة) لا قيمة لها أمام التعاطى وطقوسه .. والحل هو أن تأخذوا عقلى هذا وتأتونى بعقل جديد لا يفكر ، وقلب جديد لايرغب أو يشتاق إلى المخدر .. إذا فعلتم ذلك فسوف أعدكم أننى سوف ألتزم .. فهل أنتم فاعلون ؟

سادساً : الصراع مع الآخرين :

تثير هذه الفئة قضية العوامل والأسباب الاجتماعية التى تعد الأرضية الممهدة للتعاطى ؛ بشرط توافر عديد من العوامل والأسباب الأخرى . وهناك علامة فارقة فى ذلك ، وهى : أن المدمن هو - فى أى الأحوال - مؤشر جيد يعكس مدى التفكك والتدهور والخلل ، الموجود فى أى شكل من أشكال التفاعلات والحوارات والروابط والأسس الأسرية ، وأن فشل الأسرة فى التنشئة يقود أبناءها إلى عديد من السلوكيات المنحرفة ، ومنها : الإدمان بلا شك .

لأن عديداً من الدراسات قد أثبت وأكد أن طبيعة المناخ الأسرى السائد يفرز عديداً من السلوكيات المرتبطة به ، فالدفء الأسرى ، والتسامح ، والحوار ، والفضفضة وإثبات الذات بل وتقديرها من قبل الآخرين .. (عكس حال الأسر التى تسودها الديكتاتورية / والعقاب / والصرامة فى المعاملة / أو الفوضى إلى درجة التسيب والانحلال ، وأن كل واحد حر يعمل ما يريد وقت ما يريد ، فى المكان الذى يريده) .. كل ذلك يكون دافعا إلى التعاطى والإدمان بلا شك .

كما أن المناخ الذى يسود بيئة المجتمع ككل ينعكس – بلا شك – فى السواء أو عدمه ؛ إذ وجد عديد من الدراسات أن الإدمان قد يكون نتيجة لعدم (العدل والتوازن والتفرقة وإن القانون يعرف زينب وعائشة وإلهام) .. كل ذلك يمثل أرضية خصبة للتمرد .. والشعور بالاغتراب ، مثل :

- عدم وجود فرص متكافئة أمام الجميع .
- عدم الإحساس بالأمن .
- عدم الإحساس بالاستقرار .
- البطالة .
- التفرقة فى المعاملة .
- أن المال العائد من العمل لا يفى بالمتطلبات .
- وجود فوارق شاسعة بين بعض الطبقات .
- انعدام وسائل الترفيه والتسلية .
- انعدام فرص التعليم (بالعدل) أمام الجميع .

إلى آخر المظاهر التى يمكن رصدها (سواء داخل أسرة الفرد) ، أو نقوم بتوسعة الدائرة قليلا ونقول : أو يمكن رصدها كسمات وخصائص تميز المجتمع ككل ، ورغم أن (ضبط) العلاقة بين العوامل المجتمعية (ككل) والإدمان .. إلا أنها عوامل يجب أخذها فى الاعتبار .

ونوافق على الرأى الثانى ؛ لأن أى فروق خلال استبصاره وسبر لأغواره سوف يجد أن أحداث حياته المهمة مزيج من الجانبين معًا : عوامل داخلية لإرادة / تصميم/ مثابرة / ذكاء / مهارات / قدرات .. إلخ ، وعوامل خارجية (حظ /مصادفة / عشوائية ... إلخ) .

ورغم أن عديداً من الدراسات الميدانية فى هذا الصدد – ومنها دراسة كاتب هذه السطور – قد أثبتت غلبة العوامل الخارجية فى التحكم .. إلا أننا نفاجأ بأن المدمن المتعافى يثبت لنفسه الآتى :

١– يقنع نفسه بأنه قد أصبح شخصاً جديداً مختلفاً عن الشخص الذى كان يعرفه إبان مرحلة الإدمان ، وأنه – قد يفتقد ذلك – بمجرد انتهاء الأعراض الانسحابية .. فإنه قد (تغير دمه إلى الأفضل) وأن الإدمان (كان بؤرة فى جسده) وقد تم استئصالها دون أن يأخذ أى احتياطات، أو حتى يكلف نفسه عناء التردد على المستشفى (وحدة العلاج والمتابعة الخارجية) أو يستشير أى مرشد للتعافى (وهو مدمن تائب وسوف نتحدث عنه تفصيلا فيما بعد) .. كل هذا قد يعطيه الثقة الزائدة فى النفس .

٢– يتساءل عن مدى سيطرته على التعاطى ، ويقول لنفسه : لماذا لا نجرب ونجعل ميدان الواقع هو الفيصل والحكم .

٣– يفكر معتقداً فى أن تعاطى جرعة (وإن كانت بكمية قليلة) .. لن يؤذيه ، أو كما قلت سابقا (بناءً على حكم عدة مدمنين : جرعة و احدة لن تجعل القيامة تقوم) .

٤– ولذلك حين يلح التفكير ينعكس بلا شك فى الوجدان ، ويحرك السلوك ؛ ولذلك يريد أن يثبت لنفسه أنه يستطيع أن يتناول أى شراب أو أى مخدر مقنعاً نفسه بالآتى :

أ – لن يصل إلى درجة السكر أو التخريف .

ب– لن تتدهور حالته .

جـ– سوف يتحكم فى الكمية التى يتعاطاها .

د – غالبية المدمنين قد يقودهم الإدمان إلى الدخول فى عديد من الاضطرابات العقلية ، التى قد تصل إلى درجة الفصام ، وبالتالى إلى التفكير البارانويدى سواء عظمة أو اضطهاد .

هـ– أن كثيراً من المدمنين قد يلجأون إلى التعاطى كرد فعل من معاناتهم من عديد من الاضطرابات والانحرافات النفسية والسلوكية والعقلية ، وهنا يكون الإدمان ناتجاً وليس سبباً .

سابعا : الضغوط الاجتماعية للتعاطى:

وتثير هذه الفئة قضية : الضغوط .. ذلك لأن الضغوط Stresses قد لازمت الإنسان منذ أن هبط على سطح الأرض ، وهو يعيش حالة من الجهاد المستمر مع النفس والطبيعة ؛ بهدف التكيف والتطور مع كافة ظروف الحياة ، لكى يحافظ على وجوده ، ولذا فإن ضغوط الحياة ليست ظاهرة سيئة فى جميع الأحوال ، بل بعضها نافع ومفيد والبعض الآخر ضار .

كما أن تعاملنا كأفراد يتم مع الضغوط بطريقة متباينة ؛ إذ إن بعضنا قد يتعامل مع الضغوط بطريقة سوية ، علمية ، موضوعية ، دون مبالغة ، والبعض الآخر منا يتعامل مع الضغوط بطريقة لا سوية / بها انفعال / تضخيم للأمور ... إلخ .

ولذا .. فإن المشكلة ليست فى الضغوط ، ولكن فى كيفية إدراك هذه الضغوط والتعامل معها والاستعداد (النفسى ، الذهنى) لذلك من عدمه ؛ أى دعم (الصلابة النفسية) للفرد .

وإذا كانت الضغوط عنصراً مهمّاً من عناصر الحياة .. لذا يجب التفرقة بين الضغوط الإيجابية والسلبية ، وذلك يتحدد وفقاً لعدد من العوامل ، مثل :

أ – طبيعة الضغوط .

ب– مدى قدرة الفرد على التعامل معها .

جـ– مدى قدرة الفرد على المواجهة الفعلية لها أم التأجيل .

د – إدراك الفرد للعلاقة بين الضغوط والتهديد (وما إذا كان هذا الإدراك قائماً أم لا) ؟

هـ– مدى تشابك وتعقد الضغوط التى يواجهها الفرد .. فقد يواجه الشخص بضغوط فى العمل / فى الأسرة / مع الأصدقاء / ضغوط مالية ... إلخ .

والخلاصة أن الضغوط قدر لابد من مواجهتها .. وأيضا يتم طرح التساؤلات :

– هل تختلف استجابة المدمن فى مواجهة الضغوط عن استجابة الشخص غير المدمن؟

– وإذا كانت ثمة اختلافات .. فما هى ؟

– وهل صحيح أن المخدر وتعاطيه – كما يذكر عديد من العلماء – يعد استجابة متوقعة للضغوط ؟

– وهل فعلا أحداث الحياة وتلك الضغوط التى يتوافر لها البناء النفسى (بديناميباته)

لدى المدمن ، هى المسئولة عن انتكاس نسبة كبيرة من المدمنين ، بعد مرورهم بتجربة العلاج والتعافى ؟!

- وهل يكون الشخص المدمن فعلا غير قادر على مواجهة الضغوط، ودائما ما يصف حالته بأنه واقع تحت ضغط حاد وكبير ؛ لذلك فهو دائما مجهد وضاغط Stress fule ؟

- وهل يكون الشخص المدمن فعلا غير مستعد (نفسيًا ولا عقليًا) عن استخدام الوسائل السوية فى التوافق والتكيف ؟!

- وهل هناك علاقة فعلا (كما أكدها عديد من الدراسات) ارتباطية بين الضغوط وانخفاض تقدير الذات والانتكاس أو زيادة تعاطى المخدرات ؟

- وهل يلجأ المدمن فعلا إلى التعاطى كحيلة أو وسيلة دفاعية لكى يتكيف أو يتوافق مع الضغوط (والتى من كثرة تراكمها وعدم مواجهتها قد أصبحت مزمنة) والتى لا مفر منها ؟

أما عن تلك الضغوط التى يأتى ذكرها من قبل الأفراد ، الذين قد مروا بتجربة الانتكاس ، نذكر الآتى :

- الخروج من إجهاد الضغوط ثم التفكير الجدى فى (جلب) السرور ، وبالتالى لن يجعلنا ندخل فى (مود) النشوة والفرح سوى المخدر .

- أن أتواجد (لسبب أو لآخر) مع جماعة من المتعاطين .

- أن أذهب إلى حفل .. وأجد الشراب أو التعاطى مباحًا ، بل غالبا ما تكون أمام أمرين: إما يعزم عليك صاحب الفرح إلى درجة الإلحاح أن تتعاطى ، أو أنا بطبعى لا أحب أن (أرد أحد مكسور الخاطر) فأتعاطى .

- مصادفة وأنا أسير فى الطرقات ، أو التقيت بوجه أحد أصدقاء التعاطى ، وفور أن شاهدته وبعد أن تصافحنا تحدثنا عن تجربتنا المشتركة فى التعاطى ، ثم وجدت رغبة مشتركة من كلينا فى إعادة التجربة مرة ثانية .

- إننى أتعاطى حتى أحقق متعتى الجنسية ، من خلال :

أ - الإحساس بهذا الفعل .

ب- زيادة النشاط والممارسة

جـ- أن أبقى كذلك أطول فترة ممكنة .

د - أن أجعل (شريكتى تحترمنى) كرجل قادر على إمتاعها (لدرجة أن كثيراً من المدمنين المنتكسين أو ربما الذين قد تسللوا إلى طريق الإدمان عبر هذه البوابة) قد ذكروا لى أكثر من مرة أن هدفهم من متعتى ، ليس أن يصلوا إلى المتعة والنشوة ، بل أن يجدوا ذلك فى عيون ووجدان وفكر واعتراف الطرف الآخر .

* * * *

تلك كانت باختصار العوامل والمواقف ، التى تدعو إلى التعاطى من وجهة نظر المهتمين بمجال الإدمان والانتكاسات ، وهى عوامل يجب أخذها فى الاعتبار مع الانتباه إلى أن قيمة كل عامل تختلف من شخص إلى آخر ، بل ربما فى الفرد الواحد من موقف إلى آخر . فماذا عن رأى المدمنين فى هذه القضية ؟

ثانيا: رأى المدمنين في أسباب الانتكاسة :

من واقع اهتمام الباحث بالمدمنين ، ومن واقع عمله فى هذا المجال ومقابلته المئات منهم ، ومن واقع اهتمامه بضرورة تعرف رأى أصحاب القضية على أساس أنهم (المعنيون) بهذا الأمر .

تم توجيه سؤال إلى مجموعة من المدمنين ، الذين قد مروا بخبرة الانتكاسة لمدة تتراوح بين ٤ : ٧ مرات .

وكان السؤال :

اذكر بالتفصيل العوامل والأسباب التى دفعتك إلى الانتكاسة ، أو يمكن - من وجهة نظرك - أن تحرض على الانتكاسة ؟

وبعد تحليل المضمون ، وحساب التكرارات .. جاءت الاستجابات كالتالى (مرتبة ترتيبا تنازليا أى من الأعلى إلى الأقل من حيث التكرار) .

والاستجابات لأسباب الانتكاسة ، هى :

١- عدم السيطرة على الشوق .

٢- عدم التغيير فى الواقع الخارجى .

٣- إلحاح الأصدقاء المدمنين وإغراءتهم .

٤- الفشل فى حل المشكلات.

٥- نظرة الاحتقار من الآخرين .

٦- مازلت أعانى من عديد من المشاكل النفسية ، التى لم تحل إلا بالمخدر ، مثل :

أ – القلق والتوتر .

ب- الحزن .

جـ- الخجل .

د – ضعف الثقة بالنفس .

هـ- التفكير فى الانتحار .

و – اليأس من كل شىء .

٧- فقدان ثقة الأسرة في والشك المستمر، بل ومراقبتى والتدخل فى شئونى ، (وكأننى مازلت طفلاً رضيعاً) .

٨- الثقة فى النفس أكثر من اللازم (إلى درجة الغرور) ؛ وتعريض النفس لكافة المؤثرات التى تدفع إلى التعاطى والانتكاس مرة أخرى ، مثل :

أ – رؤيتى للمخدر .

ب- مخالطتى لأصدقاء ما زالوا يتعاطون .

جـ- التواجد فى جلسات التعاطى مع الرفض – فى البداية – فى أن أتعاطى، ولكنه مجرد امتحان (صعب وحاد وقاسى) للنفس واختبار لها .

٩-عدم التردد على المستشفى أو مواصلة البرنامج العلاجى وخاصة الجانب النفسى ، أو أن مفهومى عن التعافى والعلاج يقف فقط عند حدود تخليص الجسم من الأعراض الانسحابية .

١٠- ثقة الأهل – أكثر من اللازم – فىّ، وتصديقهم لوعودى بأننى قد تعافيت وشفيت ، وأن هذا الداء قد تخلصت منه بعد دخولى المستشفى ، وقد تخلصت من دمائى الملوثة بالمخدرات ودفع دماء جديدة .

١١- أريد أن أتعافى ولكن لا أستطيع .. لازم انتكس لأننى باختصار مريض :

أ – أعانى من الآلام الجسدية .

ب- نومى غير منتظم .

جـ- شهيتى للطعام متقطعة .

د - أعانى من اضطرابات حادة وعنيفة فى الجهاز الهضمى .

ولذلك .. فأنا أعتبر أن المخدرات دوائى ؟ فهل يستغنى مريض عن الدواء؟

١٢- غير مقتنع بالكف عن الإدمان ، مهما كانت المبررات والأسباب والخطب والتحذيرات .

* * *

تلك كانت آراء المدمنين فى أسباب الانتكاسة بعد المرور - أكثر من مرة - بتجربة العلاج ، وهى كما نرى تتفق مع كثير من آراء المعالجين ؛ مما يؤكد حقيقة وضرورة التركيز على العلاجات النفسية والاجتماعية ، وأخذ عامل (التأهيل النفسى والاجتماعى) فى الاعتبار .

الفصل الثالث

قضايا في علاج الانتكاسة

- مقدمة .
- المدمن المجهول .
- معنى الاعتراف «بأننى مسلوب الإرادة» .
- ماذا يعنى فعل الاستسلام أو التسليم من جانب المدمن .
- برنامج «المدمنون المجهولون» فى مصر .
- ديناميات الإدمان المتعدد .
- الإدمان واضطرابات الشخصية .
- موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة .

الفصل الثالث

قضايا في علاج الانتكاسة

مقدمة :

لا يجب أن نصاب بالإحباط حين نعمل فى مجال الإدمان ، لأن بعض الدراسات قد وجدت أن نسبة الانتكاسة لدى المدمنين، الذين قد مروا بتجربة التعافى قد بلغت من ٦٠ - ٨٠٪ ، وأنهم ينتكسون على الأقل مرة عبر مراحل تعافيهم أو محاولتهم ذلك .

- وقد علمنا – من خلال ما سبق – أن دوافع التعاطى متعددة ، وأن حدة التعاطى أو مدته أو طبيعة المادة المخدرة التى يتعاطاها الشخص ، بل وتكرار الانتكاس.. كلها عوامل لابد من أخذ فى الاعتبار .
- كما أنه علينا أن (نحل) ونتعامل مع مشاكل الشخص، سواء الجسدية أم النفسية؛ حتى لا نجعله يلجأ إلى المخدرات كنوع من العلاج الذاتى .
- فإذا انتهى المدمن من المرور بتجربة العلاج (ولابد أن تتم داخل مستشفى، وأن يكون كل العاملين به مدربين على التعامل مع الإدمان وفهم ديناميـاته) فأن تجربة : الانتظام فى حضور ندوات ومحاضرات وجلسات مرشدى التعافى مهمة جدا لاستمرار التعافى .
- كما أن من لوائح هذه الجماعة أن يكون لعدد من المدمنين (اسبونسر) Sponser أى كفيل أو مرشد لهم ، يلجأون إليه إذا اشتدت رغبتهم فى التعاطى ، ووصلت درجة (الشوق) مداها .. وهنا لا يكون أمامه إلا خيارين :

أ – أما التعاطى .

ب– وإما الاتصال بكفيله .

- وسوف نقدم عبر هذا الفصل فكرة عن المدمن المجهول .. وكذا بعض القضايا التى يثيرها برنامج هذه الجماعة .

(المدمن المجهول): من هو "المدمن المجهول" ؟

نحن فى الحقيقة لا نحتاج إلى التفكير فى إجابة عن هذا السؤال ، فقد تركزت حياتنا وتركز تفكيرنا بالكامل فى المخدرات بمختلف أنواعها، وفى الحصول عليها وتعاطيها وإيجاد الطرق والوسائل للحصول على مزيد منها ، لقد عشنا لنتعاطاها وتعاطيناها لكى نعيش ، وببساطة فإن المدمن هو الشخص الذى تتحكم المخدرات فى حياته .. لقد وقعنا فى براثن مرض مستمر ومتفاقم، ونهاياته لا تتغير : السجون المصحات والموت .

ما برنامج «المدمن المجهول» ؟

(م . م) اسم جمعية لا تهدف إلى تحقيق أى أرباح مادية، وتتكون من أشخاص يعانون من مشكلة تعاطى المخدرات .

نحن مدمنون متعافون نجتمع معًا بانتظام، لنساعد بعضنا البعض لنظل ممتنعين عن التعاطى .. هذا البرنامج قائم على الإقلاع التام عن كافة أنواع المخدرات ولذلك فنحن نقترح عليك أن تكون متفتحًا ذهنيًا، وأن تعطى نفسك الفرصة .. إن برنامجنا عبارة عن مجموعة من المبادئ مكتوبة ببساطة لنتبعها فى حياتنا اليومية .

وأهم ما يميزها هو أنها ناجحة .. إننا غير مرتبطين بأى جهة أو منظمة أخرى وليست لدينا أى مصروفات أو أتعاب ، ولا نقدم توقيعات أو وعوداً لأى شخص ، ولا صلة لنا بأى جهة سياسية أو دينية أو تنفيذية.. كما أننا لا نخضع لأى مراقبة أو إشراف، ويستطيع أى شخص أن ينضم إلينا بغض النظر عن عمره ، جنسيته ، جنسه ، عقيدته، ديانته أو .... إلخ .

نحن لا نهتم بنوعية أو كمية المخدرات التى كنت تتعاطاها، أو كيف كنت تحصل عليها ولا بما فعلته فى الماضى أو بمدى غناك أو فقرك.. ولكننا نهتم بما تريد أن تفعله لمواجهة مشكلاتك، وكيف نستطيع أن نقدم المساعدة .. إن العضو الجديد هو أهم شخص فى أى اجتماع من اجتماعاتنا، لأننا لا نستطيع الاحتفاظ بما حققناه إلا بتقديمه للآخرين ، وقد تعلمنا من خبراتنا بالمجموعات أن أولئك الذين يواظبون على حضور الاجتماعات بانتظام هم الذين يظلون ممتنعين عن التعاطى .

لماذا نحن هنا ؟

قبل أن نأتى إلى جماعة (م . م) ، لم نكن نعرف كيف نعيش أو نستمتع بالحياة مثل الآخرين.. كنا بحاجة إلى شىء مختلف لكى نعيش، وكنا نظن أننا قد وجدناه فى

المخدرات ، وأعطينا للمخدرات الأولوية على مصالح عائلاتنا وزوجاتنا وأزواجنا وأطفالنا ، وكنا مضطرين للحصول على المخدرات بأى ثمن .

لقد آذينا أشخاصاً كثيرين وبالأخص أنفسنا ؛ فلم يكن فى استطاعتنا أن نقبل مسئولياتنا الشخصية، وبالتالى كنا نخلق المشاكل لأنفسنا، وكان من الواضح أننا غير قادرين على مواجهة الحياة بظروفها .

لقد أدرك معظمنا أننا كنا ننتحر ببطء، ولكن بما أن الإدمان هو عدو ماكر للحياة .. فلم يكن فى استطاعتنا أن نفعل شيئاً حياله .

لقد انتهى الأمر بنا إلى السجون أو السعى وراء الطب للحصول على المساعدة ، ولكن أياً من هذه الطرق لم يكن كافياً ، إذ إن مرضنا كان دائما يطفو إلى السطح مرة أخرى أو يتفاقم بصورة مستمرة ، وعندما يئسنا تماما طلبنا المساعدة من بعضنا البعض لدى (المدمن المجهول) .

بعد أن أتينا إلى جماعة (م . م) أدركنا أننا مرضى .. إننا نعانى من مرض لا يوجد له شفاء ، ولكن من الممكن السيطرة عليه ، عندئذ يكون التعافى ممكنا .

كيفية نجاح هذا البرنامج

إذا أردت الحصول على النتيجة التى حصلنا عليها ، إذا كنت على استعداد لبذل الجهد للحصول عليها ، فإنك إذاً على استعداد لاتباع خطوات معينة .. هذه هى المبادئ التى جعلت تعافينا ممكناً .

١- اعترفنا أننا مسلوبو الإرادة تجاه إدماننا ، وأنه لم تعد لدينا القدرة على الإمساك بزمام حياتنا .

٢- آمنا بأن قوة الله وحده هى التى يمكن أن تعيدنا إلى رشدنا .

٣- قررنا أن نوكل إرادتنا وحياتنا لعناية الله .

٤- قمنا عن طريق البحث بجرد أخلاقى لأنفسنا، دون خوف أو تردد .

٥- اعترفنا لله ولأنفسنا ولشخص آخر بالطبيعة الحقيقية لأخطائنا .

٦- كنا مستعدين تماما كى يزيل الله كل عيوبنا الشخصية .

٧- طلبنا من الله بخشوع أن يخلصنا من نواقصنا .

٨- وضعنا قائمة بأسماء كل الأشخاص الذين أذيناهم ، وعقدنا العزم على تعويضهم والصلح معهم جميعاً .

٩- قدمنا تعويضات مباشرة لهؤلاء الأشخاص كلما أمكن ذلك ، إلا إذا كان ذلك سوف يضر بهم أو بالآخرين .

١٠- واصلنا عملية الجرد الأخلاقى لأنفسنا ، واعترفنا بأخطائنا أولاً بأول .

١١- سعينا من خلال الصلاة والتأمل إلى تقوية صلتنا الواعية بالله ، داعين فقط لمعرفة مشيئته فينا ، وأن يعطينا القوة على تنفيذها .

١٢- نتيجة لتحقيق صحوة روحية لدينا باتباع هذه الخطوات.. حاولنا نقل هذه الرسالة للمدمنين وممارسة هذه المبادئ فى جميع أمورنا .

قد تبدو هذه الأمور كبيرة جداً ولا نستطيع أن نؤديها فورا ، لذلك يجب أن نتحلى بالصبر ، ونتذكر أننا لم نصبح مدمنين فى يوم واحد ، وبالتالى لا يمكن أن نتخلص من الإدمان فى يوم واحد .

إننا نشعر بأن طريقتنا فى التعامل مع مرض الإدمان واقعية تماما ، إذ إنه لا مثيل إطلاقا للقيمة العلاجية التى تتحقق عندما يساعد المدمن مدمنا آخر .

إن هذه الطريقة عملية جدا لأن الشخص المدمن هو أقدر الناس على فهم ومساعدة المدمن الآخر ، ونحن نؤمن أيضا بأنه كلما سارعنا لمواجهة مشكلاتنا داخل مجتمعنا وفى حياتنا اليومية ، أصبحنا مقبولين ومسئولين ومنتجين فى هذا المجتمع.

والطريقة الوحيدة التى تحول دون عودتنا للإدمان، هى ألا نتعاطى المخدر للمرة الأولى من جديد ، وإذا كنت مثلنا فإنك قطعا تعرف جيدا أن المرة الواحدة هى أكثر من اللازم، وأن آلاف المرات لا تشبع أبدا .

إننا نؤكد هذه النقطة بشدة، لأننا نعلم أنه حينما نستعمل أى شكل من أشكال المخدرات أو العقاقير ، أو نستبدل أيا منها بآخر ، فإننا نطلق الزمام لمرضنا من جديد .

كما أن اعتبار الكحول شيئا مختلفا ، قد أدى إلى انتكاس عديد من المدمنين، وقد كنا نعتقد من قبل أنه يمكن أن نتعاطى الكحول ، ولكننا بعد انضمامنا إلى جماعة (المدمن المجهول) أدركنا حقيقته، وأن أى مخدر آخر لا يصلح لنا ، فنحن نعانى من مرض الإدمان، ولذا يتحتم علينا الامتناع الكلى عن تعاطى كل المواد المخدرة لكى يتحقق لنا التعافى .

ما معنى الاعتراف بأننا "مسلوبو الإرادة" ؟

معناه الاستسلام.. استسلام الفرد أمام القوة القاهرة للإدمان ، والحقيقة أن

كثيرين يفهمون الاستسلام بمعنى الخضوع.. أما استسلام المدمن فهو تقبل الأمر الواقع، ويكون الاستسلام بمعناه العادى عقبة فى طريق تقبل الأمر الواقع .. هذا التقبل فيه نوع من المنطق والاستعداد للتغير .

فما العناصر أو العوامل الموجودة داخل الفرد، والتى تجعلنا نستسلم؟

وما النتيجة المترتبة على الاستسلام فى تغيير نفسية الفرد ؟

إن مقاومة الاستسلام تعنى وجود «أنا» غير قابلة للاستسلام . وهذه الأنا هى التى يجب إخضاعها ، ودعونا أولاً نفحص معنى كلمة «الأنا».. نحن نستخدم كلمة «أنا» هنا بمعناها الدارج الشائع لدى كل الناس، وهو المعنى الذى يتبادر إلى الذهن، عندما نسمع تعبير «منفوخ على الفاضى» فهذا الشخص «المنفوخ» «المتعافى» هو المزهو بنفسه «الطبل الأجوف» و«عامل مهم» ذلك الذى يخفى نقصه ودونيته باتخاذ مظهر خارجى براق . مثل هذا الشخص يكون عادة عديم الإحساس ، لا يكاد يشعر بوجود الآخرين ، متركزاً فى ذاته يسير على غير هدى فى الحياة ، يريد أن يحيط نفسه بكل المزايا الممكنة وهو عادة رمز للأنانية .

هذه الصورة الشعبية «للأنا» لها فائدة أساسية، وهى أن المعنى الذى تنقله لا يخفى على أحد .. فهذه السمات الظاهرة تخفى حالة من الشعور بأنه «أنا وبعدى الطوفان» «أنا أولا وأخيرا» .

ما مكونات هذه الأنا ؟ قال فرويد إنها الأنا والأنا الأعلى .. إلخ .

ولكن لنتفق هنا على أن الأنا التى نقصدها هنا هى «أنا» المدمن ، الأنا المنتفخة التى نريد أن نخضعها ونجعلها مستسلمة متقبلة للأمر الواقع .. الأنا بهذا المعنى هى التى نراها حولنا وفى أنفسنا ويعرفها كل واحد منا . والشخص الأنانى (وهى مأخوذة من أنا) معروف لنا جميعا .. فهذا الأنانى ، متكبر ، مزهو بنفسه ، مترفع ، ملح ، مسيطر، يبحث عن لفت الانتباه ، عدوانى متمسك برأيه ، صلب الرأس ، عنيد ، نافذ الصبر .

وكل هذه الصفات لا تكفى لأنها تصف الظاهر فقط ،ولا تشير إلى الجوهر الداخلى الذى تنبعث منه الأنا . وما لم ندرك مصدر هذه الأنا وندرك ما يحدث فى الطبقات العميقة من العقل .. فلن نضع أيدينا على هذه الأنا ؛ على عناصر الحس الداخلى ، التى يستفيد منها نشاط الأنا.

ودعونا نعرض أولاً لماذا تعترض فى هذه الأنا قبل أن ندخل فى التفاصيل .. الأنا فى رأينا مكونة من العناصر المثابرة الموجودة دوما فى نفسية الراشد ، والمستمدة أصلا من طبيعة الطفل (الطفل الراشد الأب) .

والآن لنبحث عن مدى صدق هذه المقولة :

أولا : يولد الطفل وهو سيد لكل من حوله «صاحب الجلالة الطفل»، فهو يأتى من أعماق الرحم حيث يكون هو الساكن الوحيد ، وهو يتعلق ويتشبث بهذا السلطان ببراءة ولكن بحزم وتصميم .

ثانيا : ويترتب على ذلك أنه لا يطيق الحرمان ، وما أن يحس بذلك حتى يعلنه فى صحية مدوية الثأر.. أنه عجول «خلق الإنسان عجولا» وإذا مسه الشر يئوساً يفعل كل شىء فى تسرع .. انظروا إلى الأطفال لا يستقر لهم قرار، ينتقلون من نشاط إلى نشاط ولا يركزون ... إلخ، ومع التقدم فى السن يبدأ فى تركيز لمدة أطول للنشاط الواحد .

١- هو إذاً يظن أن لديه القدرة على فعل كل الأشياء .

٢- لا يتحمل الإحباط .

٣- إيقاع حياته سريع .

ما الذى يحدث إذاً إذا ظلت هذه الصفات ملازمة له فى بلوغه ورشده ؟

عندما تستمر تلك الصفات والسلوكيات، نحن نسمى صاحبها غير ناضج، وهو تعبير نقوله دائما دون أن نصل إلى معناه .. إن معناه استمرار صفات الطفولة التى سبق ذكرها، وكذلك مظاهر تعبير الراشد عنها .

ما العلاقة بين عدم النضج واستمرار سمات الطفولة ؟

دعونا نتخيل وجود هذه الصفات فى لاشعور الشخص .. وهذا التخيل له أساس مستمد من خلال المعرفة الحديثة المعاصرة بديناميات القوى النشطة فى لاشعور البالغين.. فماذا يحدث إذا طالت مدة بقاء هذه الصفات الطفلية فى سلوك الفرد . فلنأخذ أولا الصفة الطفلية الثالثة وهى «العجلة» والتسرع .. إذا سادت تلك الصفة فى لاشعور الشخص؛ أى أصبحت القوة المحركة لسلوكه.. ماذا تكون النتيجة؟ سيفعل كل شىء فى عجلة (فى العجلة الندامة)، (العجلة من الشيطان) سيفكر بسرعة ويتكلم بسرعة ، ويعيش بسرعة (الاندفاعية) ويبدد كثيراً من طاقته وجهده لكبح جماح تلك

الاندفاعية، وغالبا ما تكون النتيجة التذبذب والتأرجح بين فترات من الاندفاع والتهور والسرعة، وفترات من عكس الاتجاه . لفرامل (الأنا الأعلى) تستخدم بالقوة نفسها، ومثال ذلك فى حياة المدمن واضح .

والآن .. فإن كافة العلامات تشير إلى أن العجلة تدل على عدم النضج .. لن يجادل أحد فى أن القفز إلى النتائج والعمل بأقصى سرعة هى دلالة على عدم النضج؛ فالشباب هم الذين يقودون سياراتهم بسرعة ، ويتصرفون بتسرع فى معظم المواقف، ولعل إحدى السمات البارزة لعدم النضج هو وجود ميل داخلى ملح وقاهر للإنجاز.. آمال كبرى خطط عظيمة لا تواكب القدرة على الإنتاج والعمل . إن أثر استمرار صفات طفلية كالتسرع والعمل فى عجلة فى وقت أقل من السمات الواضحة لدى شخصية المدمن والطفل .

أما الصفتان الأخريتان المستمرتان من الطفولة.. فتساعدنا أيضاً على فهم عدم النضج، وأولا الإحساس بالقدرة التامة .. فعندما توجد هذه الصفة فى الرشد وتسيطر على اللاشعور ، تكون نتيجتها إحساس الشخص بالمبالغة فى أهميته وميزاته الخاصة.. هذا الشخص سيجد من المستحيل عليه أن يعمل فى سياق أو إطار عادى . ويكون القيام بأعمال عادية أو روتينية أمراً لا يخطر له ببال، بل يخلق له الحزن والسأم.. بل إن مجرد التفكير فى أن يحتل مكانا متواضعا فى الحياة يعتبر ضربة قاصمة للأنا، فتستجيب لذلك بإحساس الإحباط والانكسار لفشلها فى أن تمثل مركزا مرموقا . وفضلا عن ذلك.. فإذا تصادف وحقق مثل ذلك الشخص نجاحاً ما، فإنه يبالغ فيه ويرفع من قدره «ويبقى أبو زيد» لمجرد أن فعل شيئًا يستطيع أى (شخص عادى) أن يفعله .

إنه يظن أن الإدارة والقيادة صفتان طبيعيتان فيه .. وأما وجوده فى المكان البسيط الذى يشغله خير دليل على أن هناك مؤامرة تحاك ضده، وأنه ضحية عدم التقدير وكيد الحساد .. إن العالم ملئ بالأنانيين الذين يقفون فى طريق عظمته .

أما مصدر هذا كله ، فلا يصل إدراكه إليه ، فإن تقول له أن كل استجاباته تنبع من أن هناك بداخله «ملك» لا تشبع رغباته، لن تزيده إلا تماديا فى غروره وتكبره وعدم تصديقه، إن مثل هذه الأفكار والمشاعر بعيدة تماماً عن وعيه . والناس الذين يتمسكون صراحة بمزاعم التفوق والتميز، ينتهى بهم الأمر إلى عالم من صنعهم ، أما فكرة القدرة على كل شىء (بتاع كله) فغالبًا ما تكون مدفونة فى الأعماق . قد يعترف الشخص أنه يتصرف أحيانا كطفل مدلل، إلا أنه لا يعى مدى هذا الميل ومدى

عمقه ورسوخه فى نفسه . وهو شأنه شأن كثيرين ، يتجنب بإصرار أى نظرة متعمقة؛ لأن التعرف على مثل هذه الاتجاهات العميقة يسبب اضطراباً شديداً .. إن الاعتقاد اللاشعورى فى مميزات الشخص لا يدل إلا على أنانية مفرطة .

وهكذا يظل معظم الناس ، سعداء بجهلهم بالدوافع اللاشعورية ، وقد يتعجبون من هذا الرأى، الذى يجرى لهم ويغلى بداخلهم، ويتمنون لو استطاعوا أن يحرروا أنفسهم من ذلك الإحساس الدائم بالانزعاج والقلق . وقد يعترفون بأنهم سريعو الاستثارة، ويتمنون لو يحظون بساعة من الهدوء والسكينة، إلا أن استبصارهم بمصدر كل ذلك يساوى صفرا .

عدم القدرة على تحمل الإحباط

وآخر الصفات التى نحملها من الطفولة هى عدم القدرة على تحمل الإحباط .. وهذا العجز هو أحد جوانب «الملك» حيث إن إحدى سمات «الملوكية» هى التقدم بلا انقطاع فلا يستطيع أحد أن يعترض طريقه . أما إذا اضطر الملك إلى الوقوف فى الطابور فهذه جريمة لا تغتفر . وكم هائل من الانكسار ناتج عن هذا العجز عن تحمل الإحباط (إرجاء الإشباع)، وتكون النتائج كثيرة ومتعددة .

على السطح.. فإن عدم قدرة «الملك» على تحمل الإحباط منطقية تماماً، فرغبة الملك أوامر فى عالم الطفولة، وأى إحباط هو صفة مباشرة لمكانة جلالته ، فإذا اعترض طريقه عائق .. فإن كيانه كله يهتز . ويكمن خلف هذا كله الإلحاح على ألا يقف فى طريقه عائق ، وهذا طبيعى بالنظر إلى طريقة عمل الملوك فمشيئته نافذة . وهذه السمة ذات المكانة الكبيرة فى اللاشعور تمد الفرد بوقود دائم، يحرك الفرد، وبعبارة أخرى هو يتصرف «لايقف فى طريقه شىء» .

هذا اللاشعور الذى لا يقف فى طريقه شىء، يرى الحياة من زاوية واحدة.. الكل أو لا شىء (التفاوت) ، فإذا لاحت له فى الأفق أى عقبة ينشأ الآلام والتوتر بل والاكتئاب. وإذا اقتربت العقبة يزداد القلق إلى درجة الفزع ، وإذا زال الخطر يسود المرح والارتياح. الصحة عنده مساوية مع الإحساس بالانتعاش والانطلاق فى يسر «أنا مبسوط كده .. أنا فرحان كده» أما المرض.. فعلى العكس يعنى فقدان الحيوية والنشاط والإحساس بأنه «محلك سر» .. تثير الحاجة إلى الوصول إلى شىء ما، وما يستتبعه ذلك من الإحساس الدائم بعدم الاستقرار «لا على حامى ولا على بارد»، وهو نتيجة مباشرة لعدم القدرة الداخلية على التوقف.. أو بعبارة أخرى قبول حقيقة أن لكل شىء حدوداً . إن «الملك» لا يستطيع قبول إحباطات الحياة المادية فحسب، ولكن يخلق

لنفسه العوائق بلا مبرر؛ بسبب انطلاقه المفرط وإصراره على ألا يعوقه عائق .

بالطبع هناك لحظات ومواقف يجب عليه أن يتوقف توقفا كاملا .. حالات المرض ، الاعتقال ، قيود الحياة والمجتمع . عندئذ يعد الثانى، وقد ينصاع إذا دعت الحاجة منتظرا لحظة عودة الحرية، والتى يحتفل بها بالطريقة المعتادة شرب كأس حتى السكر .. مرحباً بالانطلاق .

إن عدم نضج هذا الشخص واضح.. إنه لا يطيق الإرجاء أو التأخير، ولن يترك الأمور تنضج على راحتها .. إنه يخوض غابة الحياة، وفى ذهنه ألا يتوقف أو يستريح.. أما حكمة الأجيال والتقاليد فهى عوائق وقيود يجب أن تفسح الطريق لحيويته .. إنه يسعى إلى أن يحيا بلا قيود .. المخاطرة، والمغامرة، الإثارة، الاكتشاف .. إنه يركب عجلة مسرعة ولكنها تدور فى حلقة مفرغة .. ليس لديه الوقت لينمو.. إنه يحس دائما داخليا بعدم النضج .

هذه هى الطريقة التى تستمر بها صفات الطفولة لدى البالغ .. إنه ممسوس، يتملكه «ملك» داخلى لا يجب أن يعمل بسرعة فحسب، بل ليست لديه القدرة أيضا على تحمل الإحباط .. إنه يسعى إلى حياة لا وقوف فيها ، بحيث يجد نفسه فى سباق لا نهاية له ، وأن (الباص) الذى يصعده لا يتوقف أبداً فى (محطات) أو حتى فى محطة الوقود للتزود .. وهذا أمر مخالف للواقع بل ولقوانين الحياة .

هذه هى محتويات الأنا .. ليس للفرد فيها خيار .. لا يستطيع أن يختار فيها صفة دون أخرى كلها (بيعة واحدة) .. الكل أو لا شىء .

تعلم كيف تعيش :

إن صفة عدم النضج الموجودة لدى المدمن هى استمرار لحالة الطفولة ، ويجب أن يكون معلوماً أن «أنا» فرد الطفلية هذه تكون بعيدة عن متناول الشعور، ونحن لا نعرفها إلا من خلال التصرفات الخارجية للمدمن .

ما هو إذاً الجزء من الكيان النفسى للمدمن الذى يجب أن يستسلم؟ ؛ إنها الأنا (ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها) .

كيف يخضع الأنا.. هل نقلل من شأنها أم نحصر نشاطها ،أم نغيرها بأنا جديدة وهل يمكننا أن نعيش دون أنا ؟

لقد اعتبر فرويد أن العلاج هو معركة مستمرة بين النرجسية الطفلية (الأنا)، والمعالج الذى تكون مهمته هى اختيار واختزال الأنا من حالتها الطفلية إلى أبعاد

واقعية، يمكن التوفيق بينها وبين الحياة .. لم يتصور فرويد وجود إنسان دون أنا (هذا هو اللغز الإنسانى)، ولذلك لم نعرف الطريق إلى كيفية الوصول إلى الرضا. والإنسان عند فرويد قضى عليه بالشقاء والتعاسة.. فكل رغباته محبطة، ولا تلقى استجابة من العالم المحيط به، الذى لا يقبله ولا يرحب به .

أما (رادو) وهو أحد تلامذة فرويد، الذين درسوا الإدمان منذ عام ١٩٣٣، فهو يؤكد أنه من الضرورى اختزال الأنا : فالأنا الطفلية الممثلة تحب نفسها وارتفاع تقديرها لذاتها ولقدراتها الشاملة، وأن رغباتها تحرق وتدمر الأخضر واليابس مع أفكاره وإيماءاته.. إلا أن هذه الأنا / الذات تذوب تحت تأثير الخبرة وضغوطها ، فلابد أن يتلاشى سلطانها ليفسح الطريق أمام تقدير متواضع للذات.. إنها اختصار للذات الأصلية، وهى عملية مؤلمة ولا يمكن اكتمالها أبداً .

هل يمكن الوصول إلى حل وسط مع الأنا ؟

(رادو) مثل فرويد لا يرى أن الفرد لا يستطيع التفكير فى الأنا إلا من خلال اختصارها واختزالها– لا يمكنه أيضاً تصور وجود فرد دون الأنا ؛ ولذلك فدون قصد يساندان فكرة إبقاء بعض الصفات الطفلية وهذه هى الفكرة التى نعارضها؛ فالتعامل مع الشيطان (الأنا) مهما حاولنا الحذر والحرص سيظل باقيا، وفى أى فرصة مواتية سينفجر ويظهر بكامل قوته .. يستحيل التفاوض والوصول إلى حلول وسط مع الأنا، وهى فكرة لا يقبلها أو حتى يميزها كثير من المعالجين النفسيين .

الحل فى رأينا هو استبدال الأنا القديمة بأنا جديدة ، ولذلك لا يكون هناك مجال لإبقاء أى عناصر أو آثار من الأنا القديمة .. هل هذا ممكن ؟ نظرياً نعم ولكن عمليا مستحيل، فمن المستحيل إلغاء أو إزالة الحالة الطفلية الأولى ؛ فنمو الإنسان هو طريق مستمر ومتداخل ومتشابك، وإن إزالة بعض الصفات لهو أمر نحلم به ونسعى إليه .

والآن ما مسألة الاستسلام ؟ وهل يغير الاستسلام التكوين الطفلى الداخلية؟

ما معنى الاستسلام ؟ معناه اتخاذ خطوة انفعالية، تعترف فيها الأنا – على الأقل فى اللحظة الراهنة – أنها لم تعد ذات الحول والطول .. إلا أن هذا الاستسلام أو الاعتراف لا قيمة له، إذا لم يتعد حدود الشعور.. يجب أن تصاحبه مشاعر مماثلة فى اللاشعور .

بالنسبة لمدمن الكحول الاستسلام، معناه الاعتراف بأنه لا حول له ولا قوة (مسلوب الإرادة) أمام الكحول ، وهذا الاعتراف لن يحمل له الهدوء والطمأنينة الداخلية، إلا إذا وصل إلى اللاشعور واستقر هناك .

إن آثار الاستسلام على النفس ذات فعالية منطقية (أو) كيف يصل الاستسلام إلى اللاشعور (منطق الشعور ومنطق اللاشعور) مختلف؛ إذ يراعى منطق الشعور وقواعد العقل والظروف الخارجية والآخرون – أما اللاشعور فمنطقه أنا أولا – الخيال الجامح – تحريف الإدراك – إلغاء المنطق العادى .

كيف يصل الاستسلام إلى اللاشعور، من خلال الجلسات النفسية العلاجية.. هنا يتم الطرح وطرح أدق المكنونات (غسيل) .. هذا الغسيل هو نوع من التخلص من الصفات الأنانية (القاذورات) ويصبح عكس الملك ، الشخص العادى ..

التواضع والذل أمام الآخرين هو الصفة الأساسية .. إخضاع الذات .

عكس نفاذ الصبر والمرور على الأشياء مر الكرام .. فلنأخذ الأشياء بهدوء .

وعكس الاندفاع البقاء فى المكان.. التمعن المتفتح التقبل وإعادة النظر .

كيف يصبح المرء مدمناً (الإدمان النفسى)

هناك ثلاث مراحل :

(١) عملية التعلم .

(٢) التغيرات الجسمية.

(٣) التغيرات الوراثية .

ولكن الإدمان النفسى يسبق الإدمان الجسدى، وهو الذى تصاحبه تغيرات جسمية ووراثية .

الإدمان النفسى سلوك متعلم .. إلا أن نوع التعلم المستخدم ليس هو التعلم العقلى، المستخدم فى حفظ الشعر أو حل مسائل الحساب.. إنه تعلم لا إرادى يحدث عند المستوى البدائى فى الجهاز العصبى الذاتى أو المستقل، وليس فى الجهاز العصبى المركزى؛ أى من المستوى الحاد .

لجسم الإنسان فى الواقع جهازان عصبيان – المركزى ويتكون من الدماغ والحبل الشوكى والجهاز العصبى المستقل ،الذى ينبثق منه الحبل الشوكى ؛ فالألياف العصبية الكثيرة التى تنطلق من الحبل الشوكى إلى مختلف أعضاء الجسم، وتسيطر على سلوكها، تسمى بالأجزاء التى تغذيها.. ففى الجزء الأعلى توجد الأحبال الرقبية thoratic للجهاز السمبتاوى، وتذهب الأعصاب فى هذا الجزء العلوى إلى أعضاء مثل القلب والرئتين والقناة الهضمية . وتتحكم تلك الأعصاب فى ضغط الدم والتنفس

وإفراز الهورونات ونشاط التمثيل الهضمى فى الخلايا .

وأسفل ذلك الجزء توجد القناة Iumbosacral للجهاز العصبى الباراسمبتاوى، وبها الأعصاب التى تصل أساساً إلى الجزء الأسفل من الجسم والأجهزة التناسلية . وتعتمد معظم استجاباتنا الجنسية على عمل الأعصاب الباراسمبتاوية، التى تخرج من تلك القناة .. وعندما تستثار تلك الأعصاب، فإنها تحدث تغيرات فى أجسامنا تجعلنا نشعر بالتوتر الشديد ؛ فعندما نفزع فزعًا شديداً تنطلق دفعة عصبية من هذا المركز إلى الغدد الأدرينالية .. فتفرز تلك الغدد الأدرينالية والنورإبيفرين الذى يؤثر بدوره على ضغط الدم والنفس . وتؤثر هذه التغيرات الجسمية أيضًا على مشاعرنا، فنجد عندئذ أحاسيس الخوف أو القلق . ويحدث الشيء نفسه عند الاستثارة الجنسية .. نحن نعى كثيراً من التغيرات فى أجسامنا من خلال التيار Iumbosacrel .

وينشأ التعلم نتيجة المشاعر القوية التى تصاحب استثارة الأعصاب، وهو يحدث بطريقة خاصة وفقا لقاعدة الثواب والعقاب (التعزيز)، فإذا عرضنا أنفسنا لموقف نتلقى فيه مشاعر قوية .. كان الثواب أو المكافأة، فإننا نميل إلى تكرار ذلك السلوك حتى نتلقى المشاعر نفسها الممتعة مرة أخرى . فالشاب الذى يتعاطى حقنة هيروين لأول مرة «ويشعر «بهيمنة» الهيروين فى دمه .. فإن هناك مشاعر دافعة إيجابية تنتابه، وهو يجد فى تلك المشاعر لذة وإثابة كبرى، ولذلك.. فإن الفرد يميل إلى تكرار ذلك السلوك ويقوم التعلم المستقل بدور كبير . أما إذا تلقى الشاب فى موقف ما مشاعر سلبية، فسيكون ذلك بمثابة عقاب، وسيميل إلى تجنب ذلك الموقف أو السلوك فى المستقبل .

نحن نتعلم كثيراً من خلال نظام الثواب والعقاب، وهى عملية تبدأ منذ الميلاد.. ومع التقدم فى السن يتوسع ذلك التعلم المستقل ليشمل نواحٍ كثيرة من حياتنا ؛ فتعلم أى الخبرات تشعرنا بالمتعة وبالتالى نستمر فيها وأيها يشعرنا بعدم الارتياح والإحباط.. هذا التعلم عامل مهم فى أى خبرة خاصة، يخبرها الشخص، وتستبقى بعض النتائج فى نفسية الفرد:

* الإدمان الجسمى والإدمان النفسى .

* إدمان القمار – إدمان الماريوانا – إدمان الكحول – نواحى الحياة .

ماذا يعنى فعل الاستسلام أو التسليم من جانب المدمن ؟

توجد هنا أكثرمن خطوة من الخطوات الاثنتى عشرة بهذا المفهوم :

تذكر كلمة الاعتراف أربع مرات .

تذكر كلمة الإرادة ثلاث مرات .

فى الخطوة الأولى : يمتزج الاعتراف بالإرادة .

فى الخطوة الثالثة : نجد أنها تعتمد على تسليم الإرادة لله سبحانه وتعالى .

فى الخطوة الخامسة: نجد أنها تدور حول الاعتراف واختيار شخص تعترف له .

الخطوة الثامنة : تدور حول قوة الإرادة فى تعويض الآخرين

الخطوة العاشرة : تدور حول الاعتراف الدائم بالأخطاء .

الخطوة الحادية عشر : فهى إخضاع الإرادة الشخصية لإرادة الله .

الخطوة الأخيرة : تدور حول أن نضع ما تعلمناه فى خدمة الآخرين .

باختصار.. الخطوات الاثنى عشر تدور كلها حول العزم والتصميم والإرادة، وهى كلها أفعال نفسية صادرة عن الذات، ومن هنا سيدور الحديث حول مفهوم الإرادة كفعل نفسى .

* تتجلى الذات فى فعل الإرادة؛ فالله تعالى : (فعال لما يريد)

(أنا أريد وأنت تريد والله يفعل ما يريد) .

* والإرادة عملة ذات وجهين : الوجه الأول الإرادة نفسها، والوجه الثانى هو التسليم، فنجد إن الكون هو إرادة الله عز وجل ، إنما يقول للشيء كن فيكون .

جوهر مفهوم الإرادة كمفهوم نفسى :

نحن نرى إن الإرادة هى الصورة التى تتجلى فيها الذات الإنسانية بوصفها امتداد لإرادة الله ؛ فالإنسان خليفة الله فى الأرض .

تتجلى إرادة الإنسان فى أنه يريد هذا ثم هذا، بينما تتجلى الذات الإلهية فى أنه فعال لما يريد وهى إحدى صفاته العليا ، وما الكون كله إلا تعبير عن إرادته العليا ، والإرادة الإنسانية هى جزء من إرادة الله عز وجل .

مجال تجلى الإرادة :

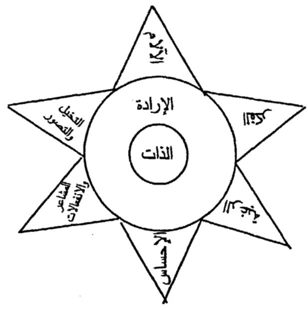
تتجلى الإرادة فى ستة أشياء، هى :

١ - الإلهام . ٢- الفكر .

٣- الرغبة . ٤- الإحساس .

٥- المشاعر والانفعالات. ٦- التخيل أو التصور .

وتكون موضحة أكثر فى الشكل التالى :



ومن هنا لابد من إدراك هذه التجليات .

حقيقة الأمر فى مشكلة الإرادة أن هناك هوة عميقة بين القوى الخارجية التى تحيط بالفرد وقواه الداخلية ، فطبيعة الحياة الحديثة بضغوطها وتعقيداتها إنما تمت على حساب طاقاته الروحية والعقلية وقوة إرادته .

وحل هذا الإشكال خاصة فى المرض (الإدمان)، الذى قوامه فقدان السيطرة، والتحكم هو تضييق الهوة بين قوى الإنسان الداخلية (الإرادة) والقوى المحيطة به.

ويجب أن يسير ذلك فى اتجاهين :

الاتجاه الأول : تبسيط الحياة الخارجية .

وتبسيط الحياة الخارجية هو التقليل من ضغوطها والعودة إلى الارتباط بالطبيعة والتخلى عن الخضوع للابتكارات الحديثة ، وكما نعلم.. فإن التقدم التكنولوجى ليس هو الشر الذى نعانى منه، بل تكمن المشكلة فى استخدامنا لهذه التكنولوجيا الحديثة .

الاتجاه الثانى : تقوية الإرادة الداخلية .

أى تقوية ودعم ومساندة القوى الداخلية، التى يجب أن يستعين بها فى مواجهة الخطر الأكبر، وهو فقدان السيطرة على ذاته من جانب، وعلى مبتكراته وإنجازاته من جانب آخر ، والإنسان قادر على ذلك وهو أمر واضح فى تجلى الإرادة فى السيطرة

على القوى النووية، وعدم استخدامها فى تدمير البشرية .

ولا شك أن أعظم القوى الداخلية هى الإرادة ؛ فالسيطرة عليها والتدريب على التحكم فيها يجب أن يكون جوهر الجهد الإنسانى لسببين :

الأول : أنها تحتل كما ذكرنا موقعاً مركزياً فى الشخصية .

الثانى : أنها تتجلى فى الأفعال الستة التى ذكرناها، والتى هى جوهر النشاط النفسى للإنسان ، ونعنى بهذا النشاط ، النشاط العملى التطبيقى لا النشاط العقلانى .

كيف ندرب أنفسنا على تقوية الإرادة ؟

للإرادة ثلاثة أبعاد، هى :

١- جوانبها المتعددة .

٢- خصائصها .

٣- مراحلها .

*** الجوانب :**

وهى أهم هذه الأبعاد والتى أشرنا إليها فى الرسم السابق ؛ فهذه هى الجوانب التى تتجلى فيها الإرادة المكتملة النمو .

*** الخصائص :**

أى وسائل التعبير عن الإرادة فى الواقع .

*** المراحل :**

وهى عملية الإرادة نفسها؛ أى نمو فعل الإرادة من البداية إلى النهاية .

ونحن نقصد بالإرادة المكتملة، النمو لدى الإنسان، وتمر بأربع مراحل :

فهناك الإرادة القوية ، والإرادة الماهرة ، والإرادة الحسنة أو الطيبة ، والإرادة العليا المتفوقة التى تتعدى المرء إلى الآخرين (وهى قدرة الإنسان على إخضاع الآخرين لإرادته) .. إنها المرحلة التى يصبح فيها الإنسان كله إرادة ، وهى مجموع الإرادات السابقة بشكل أو بآخر .

ونعود إلى تعريف المراحل الأربعة :

١- الإرادة القوية :

وتبدأ بالاعتراف بالإرادة وبأن الفرد له إرادة، وأنه فى النهاية ذات مريدة ؛ أى إن الوجود الإنسانى هو تحقيق لإرادة الذات، ويكون التدريب هو تنمية هذه الإرادة حيث يمكن استخدامها فى مختلف جوانب الحياة ، وهذا النوع أى ما نسميه بالإرادة القوية هو الذى يعتبره الناس كل الإرادة، ولكنه فى الحقيقة ليس إلا وجه واحداً من الإرادة، وإذا ما أنسلخ عن بقية الأوجه أصبح مدمرا للذات ، وهذا هو ما يحدث فى حالة الإدمان.. تتحول الإرادة من الموجب إلى السالب .

٢- الإرادة الماهرة (الحاذقة) :

وهى الوصول إلى النتائج المرجوة مع بذل أقل جهد ممكن ، مثال عندما تريد الوصول إلى مكان معين.. فأنت تدرس خير الطرق للوصول إليه، ولا تقطع الفيافى والقفار، وتقفز فوق الأسطح وتعبر البحار.. ولذلك كى نستخدم إراداتنا استخداما حاذقاً، علينا أن نفهم تركيبنا الداخلى وأوصافنا وحوافزنا ... والعلاقة بينها.

٣- الإرادة الحسنة أو الطيبة :

لا يكفى أن تتحلى الإرادة بأن تكون قوية وحاذقة، بل يمكن القول إنها بهذين الجانبين ضررها أكثر من نفعها؛ لأن الإرادة القوية الحاذقة إذا ما وجهت إلى الشر تصبح سلاحاً مدمراً للمجتمع وللذات؛ فالإنسان ذو الإرادة القوية الحاذقة والقادر على استخدام ملكاته الطبيعية استخدامًا حسنًا يستطيع أن يتسلط ويفسد إرادات الآخرين (مثل زعماء العصابات والقادة الدمويون وأصدقاء السوء) ، فمثل هذا الشخص المغامر الذى لا يخشى شيئًا ولا تعوق إرادته أى اعتبارات أخلاقية أو أى إحساس بالحب والتعاطف سيكون تأثيره مدمرا على المجتمع، ويقدم التاريخ أمثلة كثيرة لمثل هذا النوع، ولذلك لا تكتمل الإرادة إلا إذا وجهت إلى الخير، وأن نتدرب على اختيار الأهداف الطيبة.. فلن نستطيع استخدام الإرادة الاستخدام الذى وضعه الله لها، إلا إذا استخدمناها فى صالح البشر فتصبح قوية وحاذقة وخيرة .

٤- الإرادة العليا :

إن الجوانب الثلاثة التى ذكرناها تكون الإرادة لدى الفرد العادى، وهى ذلك الدور من الإرادة الذى يكفى الفرد ليحقق ذاته ويحيا حياة مثمرة لنفسه ولغيره.. إلا أن هناك بعداً آخر لدى الإنسان، ألا وهو البعد الدينى أو الجانب الروحانى .

إن هذا الجانب الروحانى الذى يشار إليه فى خبرة استخدام الخطوات الاثنتى عشرة فى علاج المدمنين؛ أى مرور المدمن بخبرة روحانية عميقة، هو ما نعنيه بتلك الإرادة العليا .

أحد جوانب أساليب التدريب على تقوية الإرادة :

لا نستطيع فى هذا الحيز القصير أن نعرض لأساليب التدريب جميعها، وإنما يكفى أن نشير إلى جانب واحد، وهو جانب التأمل كوسيلة لتقوية الإرادة، وينقسم هذا التدريب إلى عدة أجزاء أولها المقدمة، التى تسمى بالإعداد أو التجهيز، وتتلخص فى الآتى :

١- التدريب على الاسترخاء الجسمى والبدنى والتماسك الانفعالى والسيطرة العقلية .

٢- التركيز وهو التمكن من إدراك ما يحدث فى جزء من أجزاء الجسم .

٣- تحديد الهوية : وهو التدريب على توكيد الذات، وهو النية على فعل شىء والإصرار على فعله، مثال ذلك : الاقتصار على تناول أنواع معينة من الطعام، أو اجتناب المواقف الدافعة للتعاطى أو تعديل أسلوب الحياة .

برنامج "المدمنون المجهولون" في مصر :

تلجأ مستشفى بهمان بحلوان للأمراض النفسية والعصبية إلى علاج المدمنين عن طريق برنامج «المدمنون المجهولون »، وهذا البرنامج موجود فى كتيب داخل مكتبة المستشفى ، ولا خلاف حول الخطوات الاثنتى عشرة - والتى سبق توضيحها .. إلا أنه يقدم للمدمن (الذى سبق له أن انتكس) أكثر من مرة ، أو حتى يكون قد انتكس لمرة واحدة يقدم له التعليمات الآتية :

١- أن يبدأ البرنامج العلاجى خطوة خطوة وبعد خروجه من المصحة .. يستمر فى المواظبة على البرنامج اليومى، ويكون على اتصال بأحد أعضاء «المدمنون المجهولون» سواء عن طريق الهاتف أو البريد أو بصحبة شخص على الأقل، أن يحضر الاجتماعات حيث يجد الإجابة عن بعض الأسئلة، التى يمكن أن تحيره ويجد استفسارات لتساؤلاته .

وإذا لم يكن المدمن فى داخل مصحة .. فالوضع لا يختلف .. فقط امتنع عن التعاطى اليوم .. إن معظم الأشخاص يمكنهم أن يتحملوا لثمانية ساعات أو اثنتى عشرة ساعة ما يبدو من المستحيل تحمله لفترات أطول .

٢- إذا كانت الرغبة فى التعاطى قوية ، حاول فقط أن تمتنع لمدة خمس دقائق أخرى. وهكذا ستتحول الدقائق إلى ساعات والساعات إلى أيام ، وبذلك ستسكن العادة .

٣- إن أولى خطوات الشفاء هى الامتناع ، فلا يمكن أن نتوقع نجاح البرنامج بالنسبة للمدمنين مادام عقولهم وأجسادهم كانت تحت تأثير المخدرات .

٤- ويستطيع أى مدمن تنفيذ هذه الخطوة فى أى مكان حتى فى السجن أو فى أحد المؤسسات، سواء بالامتناع الفجائى أو التدريجى تحت الإشراف الطبى - فلا تهم الطريقة كثيراً .. مادام نستطيع الامتناع - إن القدرة على مواجهة المشكلات ضرورية لكى نبقى ممتنعين .

٥- إن بعض الأسباب الشائعة للتعاطى هى الشعور بالوحدة والرثاء للذات والخوف، كما أن عدم الأمانة وضيق الأفق وفقدان الإرادة هم ألد أعدائنا .. أما حب الذات فهو نواة مرضنا .

٦- ضرورة الإشراف ، والإشراف هو مسئولية الجماعة لمساعدة العضو الجديد .. والإشراف يتم بصورة أخوية وليس رسمية ، ولكنه مع ذلك يعتبر أساسًا لمفهوم «المدمنون المجهولون».. مدمن يساعد مدمنا آخر .

٧- إن الخطوات الاثنتى عشرة تستخدم كبرنامج علاجى، ومن خلالها نتعلم كيف نلجأ إلى الله لنتمكن من حل المشكلات ؛ إذ نحن نؤمن بأن الله سوف يعيننا .

«إن المدمن هو أقدر إنسان على مساعدة المدمن الآخر» .

والبرنامج العلاجى هذا يستخدمه «المدمنون المجهولون»؛ لمواجهة عدم العودة للإدمان.

ديناميات الإدمان المتعدد :

إبان عملى فى مستشفى لعلاج الإدمان ، لوحظ أمران :

الأول : مدمن يظل (مخلصا) لتناول المخدر (الذى يفضله)، ولا يقبل أى (بديل) آخر مهما كانت الظروف .

الثانى : مدمن (ينتقل) من مخدر إلى آخر .. المهم أن يكون موجوداً فى (ساحة عرض المواد المخدرة) أى مخدر يتعاطاه (والسلام) ؛ حتى لا يقع فى (جحيم) الأعراض الانسحابية .

وإذا كان عديد من الدراسات قد تناولت مدمن مادة مخدر محددة ، فإن الأمر لم يلق الاهتمام نفسه فى دراسة الديناميات والدوافع ، التى تدفع الشخص إلى (الإدمان المتعدد Poly substance take وفى هذا الإطار قام كاتب هذه السطور بدراسة حالة لإدمان متعدد : ذكر ، ٣٤ عاماً ، بكالوريوس تجارة ، يعمل فى مكتب محاسبة ، مطلق ، مسلم ، عدد أفراد أسرته (٧) ، الوالد متوفٍ وكان رجل أعمال ، والدته سيدة أعمال ، ترتيبه الأخير ، وإدمانه : الحشيش ، الأمفيتامينات ، الكحوليات ، الهيروين ، البانجو ، إضافة إلى التدخين (سجائر – شيشة) ، مدة الإدمان (٢٠ عاما) أى إنه قد بدأ التعاطى حين كان عمره (١٤) عاما ، تردد للعلاج أكثر من مرة عبر المستشفيات الخاصة ، إلا أن فترات انتكاسته كانت سريعة ، تم تطبيق عديد من الأدوات النفسية لسبر أغوار ديناميات مدمن متعدد .

وفيما يلى نقدم ملخصاً لبروفيل شخصية المدمن ودينامياته :

ازدياد فى درجات القلق مع نقص فى تقدير الذات، ووجود فروق بين درجتى الذكاء اللفظى والعملى؛ مما يدخل المريض المدمن فى فئة الأداء لدى الفصاميين، بالإضافة إلى خلفية أسرية تتسم بالتناقض والتوحد بالأم ومشاعر متناقضة تجاه الأب، وانحرافات جنسية وعجز عن تحمل الإحباط، وترك الأمور تسير مصادفة مع الإحساس بعدم الانتماء لا لمخدر معين أو حتى لأشخاص، يتوحد معهم، ويكونون نماذج طيبة مع عجز عن اتخاذ القرار والبحث خلف سراب، وهذا سر تنقله من مخدر إلى آخر، دون أن يستقر ، إضافة إلى عدوان شديد موجه ضد الذات (لمتعاطى الكيف نوع من التدمير للذات، ولجوئه إلى تغيير الذات حتى وإن كانت بطرق غير مشروعة ومدمره) بدلاً من التوجه إلى تغيير ما يحيط به أو بذاته بطريقة مشروعة.

والواقع أن الصفات السابقة نجدها كسمه.. عامة تميز المدمنين.. إلا أننا يجب أن نوضح أن كل هذه الشبكة من العلامات مع طبيعة الشخصية القلقة وغير المستقرة نجدها بأوضح صورها لدى الإدمان المتعدد، مع الافتقار إلى الانتماء، وعجز واضح عن اتخاذ القرار وتدنى تقدير الذات وعجز عن التواصل مع الآخر، وهذا ما يوضحه Broham & Khantzian (1992) من أن المدمنين يعجزون عن الابقاء على الإمدادات النرجسية والتواصل الخارجى مع الآخرين.. ولذا تظل ذاتهم هشة، ومن هنا تكون العقاقير جد مهمة بالنسبة له؛ لأنها تمنحه الإحساس – حتى وإن كان مزيفاً بقيمة الذات (Breham & Khantzian 1992, P: 110)، وهذه الصفة قد أثبتها عديد من الدراسات، مثل: دراسة إيمان البنا (١٩٩١) ومحمد حسن غانم (١٩٩٦) وحسين

فايد (١٩٩٧) ودراسة Jossor, 1970 ودراسة ماكيلان وآخرين Mcclelanetal 1972؛ حيث وجدوا أن الرغبة القهرية فى التعاطى لا تتم اعتباطا، بل تتم نتيجة أن المخدر يعوض عن قوة الشخصية وسوائها والذى يفتقد إليه المدمن .. وهو ما توصل إليه Chine من خلال دراسته المطولة على شخصية المدمنين، والتى تعانى من زملة من الأعراض متشابكة ومتماسكة، ومنها: القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والعجز عن التوجه السوى مع الآخر والعجز عن التواصل وغيرها من الصفات (Chine, 1984)، وهو نفس ما توصل إليه كل من Gendrean, 1970 Antony 1984 Gossop. W 1976 وغيرها من الدراسات. قدمت المقابلة الإكلينيكية والاستجابة على بطاقات التات صورة بانورامية لشخصية المدمن للمواد المتعدد كان أوضح صورها : الاعتمادية ، والتردد فى الارتماء فى أحضان الأم / واضطراب صورة وسلطة الأب (والذى يلعب دوراً مهمًا فى تحديد ملامح الهوية) Father Figure قد أكدتها بعض الدراسات التى تناولت شخصية المدمن من منظور دينامى مثل دراسة (sternberg & cohen, 1975) إضافة إلى اضطراب العلاقة بالموضوع؛ خاصة موضوع الحب الأصلى والبديل، ولذا فإن «أوتوفينخل» يرى مثلا أن الخوف من فقدان الحب هو خوف قديم لدى البشر، ويعادله قلق الخصاء عند الذكور (أتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ص ٢٥٨) .. وهكذا تتكامل المشاهد سواء المتعلقة بالفرد المدمن ، أو طبيعة شخصية الأب (والذى وصفه بالوسواس) أو شخصية الأم التى تتحد مع الابن فى السخرية من الأب وتصرفاته؛ مما جعل المدمن يقف فى مفترق الطرق عاجزاً عن اتخاذ القرار ، لاهثاً خلف مخدر سراب يعطية الأمان والنسيان، حتى وإن كان على مستوى الهلوسة وأيضاً عاجزاً عن الانتماء والارتماء فى أحضان من يمثل له السلطة والحماية والأمان .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٢ ، ص ص : ٤٠ – ٦٣)

الإدمان واضطرابات الشخصية :

على الرغم من أن هذه القضية تحتاج إلى دراسة مستقلة فى حد ذاتها .. إلا أننا فى هذا الحيز لابد أن نؤكد عدة أمور :

الأول : أن غالبية الدراسات وجدت علاقة (أكيدة ومباشرة) بين تعاطى المخدرات، ومعاناة الشخص من اضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية .

الثانى : أن بعض الدراسات قد أوضحت أن إمكانية (سبق) الاضطراب على الإدمان واردة، أو أن معاناة الشخص من هذا الاضطراب أو عدم وجود (استبصار) أو

(وعى) أو (معلومات) فى بيئته، ويأخذ بيده إلى العلاج (عبر المنافذ الشرعية)، وحينذاك قد يلجأ الشخص إلى (التعاطى) بهدف العلاج الذاتى .

الثالث : أن بعض الدراسات قد أوضحت أن دخول الشخص فى الإدمان قد يفجر (فوراً وفى اللحظة نفسها) اضطرابا أو أكثر من اضطرابات الشخصية ، ولذا نجد فى هذه – الحالة – أن الإدمان يسير جنبًا إلى جنب مع اضطراب الشخصية .

الرابع : أن الفرد قد أدمن – لأسباب متعددة – وقد نتج عن هذا الإدمان اضطراب أو أكثر من اضطرابات فى الشخصية .

الخامس : أن تواجد (بانوراما) من اضطرابات الشخصية مع الإدمان (سواء لعقار مخدر واحد أو تعاط أكثر من عقار) يقود إلى عديد بين الاستشكالات فى عملية التشخيص.. لماذا؟

أ – لأن التشخيص هنا يكون معقداً ومتشابكاً ومتداخلاً .

ب– إن ميكانيزم الانكسار – والذى يعد من أساسيات قواعد الإدمان – يجعل تشخيص الإدمان أكثر صعوبة وتعقيداً .

جـ– إن أعراض اضطرابات الشخصية قد تتشابك مع الأعراض الانسحابية للمدمن مما يجعل (الصورة أكثر تعقيداً) .

د – حتى لو نجحنا – فى الوقت الراهن – فى تشخيص الحالة، إلا أننا لا يجب أن (نستنيم) إلى هذا التشخيص ، بل نعاود النظر فى الحالة من وقت لآخر؛ حتى نأخذ فى اعتبارنا الجديد الذى جد .

السادس : إن اللجوء إلى محاولات (التطبيب الذاتى) تجعل الشخص يلجأ إلى تناول عديد من الأدوية، التى يظن من وجهة نظره أنها قادرة على منحه الراحة والسعادة ، وإذا كان ميشيل أرجايل يشير من خلال ملاحظته لهذه الظاهرة فى المجتمعات المتقدمة إلى أنها قد تصل (أى محاولات التطبيب الذاتى) إلى أكثر من ٦٠ ٪ فكيف سيكون الأمر فى واقعنا ، وسهولة الحصول على أدوية نفسية من الصيدليات وبطرق شتى ، سواء عن طريق (المعرفة) أو اللجوء إلى (الواسطة) أو حتى تحت التهديد بالسلاح ، إلا أن الأمر الذى لا يمكن انكساره ،أن هناك أشكالا من التسرب للأدوية تحدث لأغراض غير طبية، وقد تشحذ من همة الفرد سعياً، نحو الحصول على مزيد منها لأغراض التطبيب الذاتى؛

مما يعقد من نمط العلاقة السببية المتصورة؛ خاصة إذا أطلقنا العنان بحثاً عن مـزيد من الاحـتمـالات ، ولكن فى خضم هذا كله علينا ألا ننسى حـقيـقـة، مؤداها أن أحد الأسباب الأساسية هو مواجهة متاعب وجدانية؛ مما يدعم كحد أدنى مشروعية التعاطى لأغراض التطبيب .

(خالد بدر ، ١٩٩٤ ، ص ص ٣١٩ - ٣٣١)

ويقودنا كل ما سبق إلى التأكيد مرة أخرى إلى ضرورة نشر الوعى الصحى بطبيعة الأمراض النفسية ، والعلامات الدالة عليها؛ لأن اللجوء إلى علاج القلق - مثلا عن طريق القنوات المشروعة - يكون أجدى بكثير من لجوء الفرد إلى تعاطى المخـدرات، أو أى أنواع من الأدوية النفـسيـة، ثم تكون النتـيـجـة بعد ذلك لا قلق تم علاجه، بل قلق وإدمان؟! وسوف نكتفى بعرض نتائج دراسة ميدانية أجريت على المدمنين (عدد العينة ١١٦ مدمناً) ، وتم تطبيق استثمارة التشخيص السيكانزى بناء على محكات التشخيص الأمريكى الإحصائى الثالث المعدل DSM III R ، إضافة إلى اختبار المسح السيكولوجى Psychological screening inventory، وقد أظهرت النتائج ما يلى :

- النسبة العامة لانتشار الاضطرابات النفسية بين المدمنين، بلغت ٧٩,٣٪، مقسمة كالتالى :

أ - نسبة اضطرابات الشخصية : موزعة كالآتى :

- اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع ١٣,٨٪ .
- اضطرابات الشخصية البارانورية ١,٧ ٪ .
- اضطرابات الشخصية الفصامية ١,٧٪ .
- اضطرابات الشخصية الاعتمادية ١,٧٪ .
- اضطرابات الشخصية الهستيرية ١,٧٪ .
- اضطرابات الشخصية الوسواسية ٨٦,٪ .

ب- اضطرابات المزاج : وكانت كالتالى :

- اكتئاب جسيم ١٠,٣٪ .
- عسر المزاج ٦٪ .

- اكتئاب ثنائى القطب ٣,٤ ٪ .

- اضطرابات مزاجية أخرى ٨٦,٪ .

جـ- اضطرابات القلق ١٧ ٪ مقسمة كما يلى :

- اضطرابات القلق العام ٨,٦ ٪ .

- اضطرابات المخاوف الاجتماعية ٤,٣ ٪ .

- اضطرابات المخاوف البسيطة ١,٧ ٪ .

- اضطرابات الفزع ٢,٦ ٪ .

د - اضطرابات نفسية أخرى :

- الفصام ٤,٣ ٪ .

- اضطرابات الوسواس القهرى ١,٧ ٪ .

- الاضطرابات الانشقاقية ١,٧ ٪ .

(Abdal Hafiez., 1996)

ما موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة؟

من المهم أن كافة أعضاء الفريق العلاجى الذى يتعامل مع المدمنين - بكافة فئاتهم - لابد أن يكونوا على (وعى) بقضايا الإدمان و(تشابكاته) ، كما أنه من المهم أيضًا - وفى المقام الأول - أن تكون اتجاهاتهم إيجابية تجاه المدمنين من المرضى ، وقد لاحظت من خلال الخبرة أن بعض أعضاء الفريق العلاجى كان اتجاهاً سلبياً تجاه الإدمان ، ويعتقد أن ما يقوم به هو عبارة عن (سد خانة)؛ ولذا تكون مقابلة المريض المدمن على عجل أو على مضض ، المهم أن يسجل أنه قابل المريض المدمن ، وأنه قد أجرى تقييمًا شاملاً للجانب، الذى يخصه سواء أكان اجتماعيًا أم نفسياً أم طبياً ، والبعض الآخر (وهذه قلة محدودة جدا) كان يقوم بكتابة تقرير التقييم، دون أن تكلف نفسها عناء مقابلة المدمن المريض ، ولماذا يقابله ، وما سوف يسأله أو يقول المدمن قد سمعه مئات المرات : أصدقاء السوء ، ضغوط أسرية ، عدم وجود عمل ، أو وفرة المال بصورة تدعوه إلى المفسدة، وكان أحد أعضاء الفريق العلاجى (يتهكم على المريض المدمن؛ حيث يقرر الفريق العلاجى خروجه ويقول له ساخراً : مش مهم تسلم لأنك

بكره هتشرقنا (أى سينتكس فور خروجه من باب المستشفى) ... وغيرها من الحالات من أعضاء الفريق العلاجى ذى الاتجاه السلبى تجاه المدمنين وعلاجهم وتأهيلهم وبقية القضايا والاستشكالات الأخرى .

وفى دراسة رصدت لوجهات نظر أعضاء الفريق العلاجى والتأهيلى لمدمنى المخدرات، وجدت الآتى :

أ - وجهة نظر الأطباء النفسيين تجاه العلاج النفسى للمدمنين :

كانت وجهات نظر الأطباء فى علاج المدمن المنتكس كما يلى :

(١) هناك حقائق هى كالقلب بالنسبة لموضوع علاج المدمن العائد .. ومن يريد أن يتصدى لإنقاذ مدمن.. فعليه أن يعرف بعض الحقائق، وأن يتسلح بالعلم وأن يتزود بالخبرة .

(٢) إن الإدمان له علاج .. وكل مدمن يمكن شفاؤه، ولكن مع تحفظ هو صعوبة علاج السيكوباتى .

(٣) إن إنقاذ المدمن يحتاج لصبر وتصميم، مع ضرورة وجود إنسان قريب جدا من المدمن يمنحه الحب ويعوضه على الشفاء .. إنسان يظل يسانده ويظل بجواره .

(٤) من يتحمل مسئولية العلاج ..لابد أن يعرف كل الحقائق مثل نوع المادة المخدرة وتأثيرها ومضاعفاتها وأعراض الانسحاب وخطورتها على المدمن .

(٥) لابد أن تظهر نتائج العلاج الناجح خلال ٤ أسابيع، يظل خلالها المدمن معزولاً عن المجتمع وعن أفراد شلته، حتى نمنعه من العودة مرة أخرى .

(٦) يجب إشراك المدمن فى خطة العلاج ؛ لأن المدمن ليس إنساناً مخبولاً فقد عقله ولكنه إنسان فقد السيطرة على نفسه ويجب أن نساعده فى أن يبنى إرادته والمدمن هو أقدر إنسان على أن يساعد نفسه .. أصلح إنسان يمكن أن يساعد مدمن آخر .

(٧) أجمع ٩٥ ٪ من الفريق الطبى على أن الفراغ سبب مباشر للعودة للإدمان، كما وضحها بحثنا هذا، والفراغ بمفهومه يعنى الفراغ الذى يعيشه المدمن قبل دخوله المستشفى، أو الفراغ الذى يحيا به بعد خروجه من المستشفى، وهذا يدفعه للإدمان وللالتقاء بالشلة القديمة التى كانت سبباً مباشراً للإدمان .

(٨) ولما كانت شخصية المدمن، كما أوضحها البحث الحالى، من خلال اختبار

برنرويتر أنه غير متزن من الناحية الإنفعالية وضعيف الثقة بالنفس أحيانا منعزل على نفسه، ورافض النصيحة .. أشارت استجابات الأطباء المعالجين إلى أهمية العلاج النفسى فى تدعيم ثقة المدمن بنفسه وتنمية مواطن الضعف فى شخصيته وتكثيف جلسات العلاج النفسى، مساعداً فى أن يعبر المدمن فترة أعراض الانسحاب بسلام ودون أى أزمات .

حيث أجمع ٧٥٪ من الأطباء المعالجين على أن طول الفترة العلاجية، والتى تمتد إلى ثلاث شهور وشدة أعراض الانسحاب، التى لا يتحملها المدمن سبباً آخر للانتكاس .

ب - آراء الأخصائيين النفسيين فى علاج المدمن المنتكس :

ذكروا أن الأسباب الأكثر شيوعاً للانتكاس، هى :

١- عدم استبصار المدمن بحقيقة إدمانه ٩٠٪

٢- قلق المدمن الشديد بشلة التعاطى ٨٥٪ .

٣- معاملته على أنه منبوذ (من قبل الأسرة) ٧٥٪

٤- قلة الخدمات الإرشادية النفسية ٧٠٪ .

٥- عدم ملاءمة بيئة المدمن بعد خروجه من المستشفى ٢٥ ٪ .

وأن الخدمات النفسية المقترحة - من وجهة نظر الإخصائيين النفسيين - لعلاج المدمن المنتكس :

١- الاهتمام بالعلاج النفسى لتدعيم نفسيته ١٠٠ ٪

٢- الحد من زيارة المدمن فى المستشفى ٧٥٪

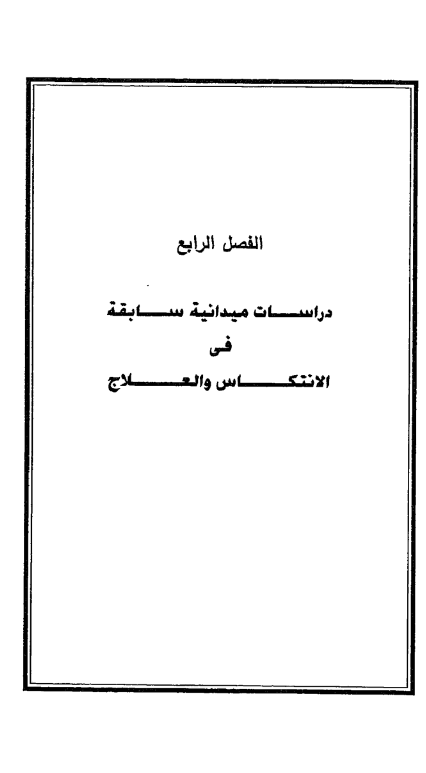
٣- ملء فراغ المدمن أثناء علاجه ٦٠٪

٤- متابعة المدمن بعد خروجه من المستشفى ٥٠ ٪

٥- تقديم كتيبات عن أضرار الإدمان ٢٥ ٪

(ماجدة حسين ، ١٩٩١ ، ص ص ١٢٢ - ١٢٧)

ونكتفى بهذا القدر من قضايا المدمنين والمنتكسين .



الفصل الرابع

دراســـات ميدانية ســـابقة
فى
الانتكـــاس والعـــلاج

الفصل الرابع

دراسات ميدانية سابقة في الانتكاس والعلاج

سوف نقدم فى هذا الحيز سبع دراسات عربية فى مجال التعامل مع الانتكاسة، وسوف تنهض الدراستان الأولى والثانية بذلك، أما بقية الدراسات فتقدم لنا رؤية علاجية ومن زوايا مختلفة لكيفية التعامل مع الإدمان، وما يترتب عليه من إجراءات علاجية وتأهيلية، آملين أن تتزايد الدراسات التطبيقية العلاجية فى هذا الصدد .

الدراسة الأولى : ماجدة حسين محمود (١٩٩١) عن :

سيكولوجية المدمن العائد - دراسة نفسية اجتماعية

منهج البحث وأدواته :

الأسئلة التى تحاول الدراسة الإجابة عنها :

(١) ما أسباب العودة الخاصة بالجوانب الاجتماعية والشخصية، كما يدركها المدمن الذى عاد للعلاج مرة أخرى؟

(٢) ماأسباب العودة فى رأى فريق العلاج؟

(٣) ما العوامل التى أدت للعودة مرةٍ أخرى، من وجهة نظر أفراد أسرة المدمن؟

تكونت العينة من ٦٠ مدمنًا عائداً لعقار الهيروين، كلهم من الذكور غير المتزوجين فى المرحلة العمرية من ٢٠ : ٣٠ سنة، مع اختلاف مجالاتهم ومستوياتهم وكانت العينة من المستشفيات العامة والخاصة، وأخذت العينة من محافظتى القاهرة والسويس وأيضاً ٤٠ طبيباً من الفريق الطبى و٤٠ من بعض أسر المدمنين العائدين .. هذه العينة شملت عديداً من المهن مثل الطلاب والتجار ورجال الأعمال .

أدوات البحث :

(١) تصميم استمارة مقابلة من إعداد الباحثة لتطبيقها على عينة البحث للإجابة عن تساؤلات البحث، تتضمن بيانات أولية ،المدة التى قضاها المدمن فى الإدمان - أسباب العودة للإدمان، .

(٢) تصميم استمارة تنطبق على الفريق العلاجي؛ للإجابة عن تساؤلات البحث، ومعرفة أسباب العودة للإدمان .

(٣) اختبار الشخصية «برنرويتر» لقياس بعض الجوانب الشخصية الخاصة بالعينة .

وقد استخدمت الباحثة الوسائل الإحصائية الآتية:

– اختبار كا٢ – اختبار ت (T . Test) متوسط حسابى وانحراف معيارى .

– معاملات الارتباط «معادلة سبيرمان» .

النتائج ومناقشتها :

السؤال الأول: يدور حول أسباب العودة للإدمان، كما يذكرها المدمن الذى عاد للإدمان مرة أخرى ؟

أظهر البحث عدة نتائج لأسباب العودة لإدمان الهيروين .. كانت أسباب العودة الرئيسية من وجهة نظر المدمنين، هى :

– تأثير الشلة وجماعة الأصدقاء .

– التكلفة العلاجية فى بعض المصحات .

حيث إن ٩٨ ٪ من المدمنين العائدين أكد أن الشلة هى السبب المباشر للعودة للإدمان، و٥٨ ٪ من المدمنين العائدين أكد أن التكلفة العلاجية هى سبب مباشر للعودة للإدمان.. فهم يفضلون أن ينفقوا على العقار مصاريف العلاج .

السؤال الثاني: يدور حول أسباب العودة من وجهة نظر الفريق الطبى .

أجمع حوالى ٩٥ ٪ من الفريق الطبى على أن السبب المباشر للعودة يتمثل فى الفراغ، الذى يعيش فيه المدمن، سواء قبل دخوله المستشفى أو أثناء العلاج .. وأيضا تخلى الصحبة والأصدقاء عنه وإحساسه بالوحدة .

وأجمع ٧٥ ٪ من الأطباء على أن طول الفترة العلاجية سبب للعودة.. فعدم وجود صبر لدى المدمن لتحمل جلسات العلاج الطويلة المكثفة تعد سبباً للعودة .

السؤال الثالث: يدور حول أسباب العودة من وجهة نظر أفراد أسرة المدمن العائد؟

وجاءت الإجابة أن ٩٥ ٪ من أسر المدمنين العائدين أجمعوا على تأثير الشلة السلبى على المدمن، وأنه لا يستطيع مقاومة جماعة الأصدقاء، ولا أن ينعزل عنهم فيعود للتعاطى معهم، وبعض الأسر أجمع على أن الفراغ وغياب الرقابة الأسرية على

المدمن يجعله يتجه للإدمان بنسبة ٨٧٪ فى بعض الأسر .

وأخيراً .. أوضحت نتائج اختبار برنرويتر بعض خصائص العينة، مثل أنهم غير متزنين من الناحية الانفعالية، ويعانون من العزلة، ويرفضون النصيحة والتشجيع وأنهم غير اجتماعيين لهم مجتمع منغلق يفضلون التعايش فيه .

أوضحت أيضا نتائج هذا الاختبار عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى أصحاب الدخل المرتفع والمنخفض عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين المجموعتين على أبعاد الشخصية الستة لاختبار برنرويتر، الذى يؤكد أن دخل الفرد لا يؤثر بشكل دال على عودته للإدمان .

(ماجدة حسين ، ١٩٩١)

الدراسة الثانية : دراسة إسماعيل سعيد ، يحيى الخزرج (١٩٩٨) عن : عوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج والاستشفاء – دراسة ميدانية لطالبى العلاج من إدمان الهيروين بمستشفى الأمل بجدة .

سعى البحث للإجابة عن عدد من التساؤلات المتعلقة بعوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج والاستشفاء ، والدور الذى تلعبه الأسرة وجماعة الأصدقاء فى الانتكاس إلى المخدر ، وكيف تشكل الرغبة الفعلية نحو تفهم طرق العلاج الصحيح ، ومن خلال الدراسة المتعمقة لحالة خمس وخمسين نزيلاً، ممن يتلقون العلاج من إدمان الهيروين، تمكن الباحثان من تعرف طبيعة مراحل العلاج المتبعة فى البرنامجة التطوعى المقدم فى مستشفى الأمل، والذى يشتمل على ثلاث مراحل بدءاً من جناح (ب) وانتهاء بجناح (د) ، وبينت الدراسة أن عوامل الانتكاسة فى المرحلة الأولى من طلب العلاج كانت تتمثل فى :

١– عدم تفهم طالب العلاج لطبيعة المعالجة، التى تقتضى البقاء فى المستشفى لفترة تتراوح إلى ستة أشهر .

٢– تأثير المخدر (الهيروين) خاصة من الناحية النفسية، ورغبة المتعاطى فى الحصول على نشوة الهيروين، بعد أخذ الإسعافات الأولية وتنقية الجسم من سموم المخدر.

٣– عدم تولد رغبة صادقة للمدمنين نحو الإقلاع الفعلى عن التعاطى.

٤– تأثير الأصدقاء والبيئة المحيطة بالمدمنين؛ حيث تبين من الدراسة أن تفهم المدمنين لطبيعة دخولهم فى عالم الهيروين فى هذه المرحلة عملية سابقة

لأوانها، فالعلاج فى هذه المرحلة ينصب على تصفية جسد المدمن من المخدر، أو ما يعرف بمرحلة النظام .

وتمثلت عوامل الانتكاسة فى المرحلة المتوسطة من العلاج (جناح س) على عدد من العوامل ،يأتى فى مقدمتها :

١- تدهور الظروف الأسرية والمجتمعية الخاصة بالمدمن ، إضافة إلى الإحباط الذى يشل من قدرة طالب العلاج ، والتعجل فى حل المشكلات التى نجمت من تعاطى الهيروين .

٢- العودة إلى تعاطى المخدر ، ومن ثم الانغماس فى التعاطى، والرجوع إلى مرحلة التعاطى المستمر قطع العلاج .

٣- تأثير البيئة المتمثل فى سهولة الحصول على المخدر من قبل الأصدقاء ، وعدم تفهم الأسرة لطبيعة العلاج الذى يقتضى جذب المدمن نحو التفكير الجدى للابتعاد عن التعاطى ، وتقديم العون بانتشاله من عوامل التعاطى التى دفعت به إلى الاستخدام الأول .

وأما فيما يتعلق بعوامل الانتكاسة فى المراحل المتقدمة من العلاج (جناح د) .. فقد اتضح أن معدلات الانتكاسة تنخفض بشكل ملحوظ عند وصول المدمنين إلى المرحلة النهائية من العلاج ؛ لأن البرنامج يساهم إلى حد كبير فى إعادة تشكيل فكر المدمن ويجعله قادراً على تفهم كافة الظروف والملابسات التى أخذت به إلى التعاطى، إضافة إلى ما تتضمنه مراحل العلاج فى هذه المرحلة من تبصير للمدمن بمثيرات الانتكاسة، التى تساهم إلى حد كبير فى الرجوع إلى المخدر .

غير أن طريقة العلاج المتكاملة والاستمرار فى مراحلها لا يعنى بالضرورة انعدام حدوث الانتكاسة من قبل طالبى المعالجة ، الذين يتسمون بانخفاض المستويات التعليمية وتدنى معارفهم الفكرية . ويظل الاشتياق إلى المخدر وظهور الرغبة فى الحصول على نشوة الهيروين ، إضافة إلى الأوضاع المتردية التى انتهى متعاطو الهيروين، إليها ، بجانب انخفاض المستويات التعليمية لأسرهم وعدم مشاركتهم الفعالة فى مراحل العلاج المتبعة ، عوامل تأخذ بالمدمن نحو الانتكاس إلى المخدر، رغم كل الجهود المبذولة من قبل البرنامج العلاجى .

لقد بات جلياً للباحثين أهمية دور الأسرة وضرورة مساهمتها فى إبعاد طالب العلاج عن المحيط البيئى، الذى دفع إلى الاستخدام الأول لتلافى الرجوع إلى معاودة

استخدام المخدر . وأمكن تعرف أن الإقلاع التام عن المخدر بعد تلقى البرنامج العلاجى المقدم من مستشفى الأمل مرتهن برغبة المدمن فى التواصل مع حياة الاستقامة ، وفى توفير أدنى معدلات ضروريات الحياة الكريمة، التى تعد مطلباً لأى فرد فى المجتمع .

ومن تكرار القول ، تأكيد أن فترة تعاطى الهيروين تفقد المدمن عمله وعلاقاته واحترام الآخرين له . ومن ثم .. فإن العمل على إعادة تكوينها من جديد يتطلب تعاوناً من كافة المؤسسات المجتمعية ، والتى تخرج عن الحد الذى يمكن أن يوفره البرنامج العلاجى .

وعلى ضوء النتائج الميدانية التى سبقت الإشارة إليها ، ونظراً لطابع العلاج التطوعى والمجانى اللذين ساهما إلى حد كبير فى التساهل من قبل المدمنين فى الانخراط الجاد فى البرنامج العلاجى، وما نتج عن ذلك من تضييع وإهدار للوقت والجهد وإطالة للوقت الذى يتطلبه العلاج .. يوصى الباحثان بضرورة إيجاد صيغة من الإلزام، وإشراك الأسرة لتحمل بعض التزامات العلاج وجعل البرنامج العلاجى جزءاً من العقوبة التى يجب أن يخضع إليها طالب العلاج كرهاً، وأن يتعهد فى مراحل لاحقة من العلاج بأن يقدم تعهداً خطيًا على ضرورة الإسهام الفعال فى خطوات العلاج ، على ألا يتضمن ذلك تحويل المستشفى إلى مؤسسة عقابية سالبة للحرية، ومن ثم تصبح النتائج المرجوة من المستشفى كالنتائج المتعارف عليها من قبل علماء الإجرام عن الإصلاح وإعادة التأهيل فى المؤسسات العقابية . كما يوصى الباحثان بأهمية إجراء دراسة تتبعية للحالات التى أكملت العلاج بالمستشفى، ومعرفة مدى النجاح أو الفشل الذى طرأ عليها .

(إسماعيل سعيد ، يحيى الخزرج ، ١٩٩٨ ، ص ص ٧٩ - ١٢٢)

الدراسة الثالثة : دراسة مدحت أبو زيد (١٩٩٨) عن : الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى.

هدفت الدراسة معرفة الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى ، ولذا فقد تكونت العينة من (٦٠) مريضاً من المترددين على العيادات الخارجية، ويمثلون العلاج الخارجى outpatient treatment و(٤٢) مريضا من الوحدة (جـ) يمثلون العلاج الداخلى inpatient treatment ، وتلخصت أدوات الدراسة فى أداة واحدة، قام الباحث بإعدادها، وهى قائمة مراجعة المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى

والتى تحتوى على (٣٤) مفردة تمثل كل منها مشكلة، يجاب عنها بمقياس خماسى..
وقد توصل الباحث إلى عديد من النتائج، منها :

١- أن معتمدى العقاقير عموما لا يؤمنون كثيراً بالعلاج النفسى، ويفضلون العلاج العقاقيرى ، وأن العلاج العقاقيرى أجدى وأنفع من العلاج النفسى .

٢- أن هذا الاعتقاد (أى) الثقة فى العلاج العقاقيرى أكثر من الثقة فى العلاج النفسى، وجد لدى عينة المدمنين المقيمين داخليا أكثر من ذوى العلاج الخارجى.

٣- أن ذوى العلاج الداخلى يخشون من العلاج الجماعى فى الأبعاد الآتية:

أ – عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسى الجماعى .

ب- عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية .

جـ- اتجاهات غير مرضية تجاه مفهوم العلاج النفسى ككل .

د – اتجاهات سالبة نحو الوحدات العلاجية .

هـ- الاعتقاد بأن الدخول فى علاج نفسى جماعى مرة واحدة يكفى .

و – الخوف من إفشاء الأسرار الخاصة بواسطة الجماعة العلاجية .

ز – عدم الشعور بالارتياح من حجرة العلاج النفسى الجماعى وغيرها من النتائج.

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨، ص ص ٢٠٩ - ٢٩٣)

الدراسة الرابعة : دراسة عبدالله الجوهى (١٩٩٩) عن: أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق فى تخفيض القلق لدى عينة من معتمدى الهيروين :

تناولت الدراسة الراهنة محاولة التخفيف من القلق أو التخلص منه باستخدام برامج غير تقليدية ومستحدثة فى علاج مرضى الاعتماد على الهيروين ، وهو برنامج التدريب على التعامل مع القلق .

كما استهدفت الدراسة الحالية الإجابة عن عدة تساؤلات، والتى من خلالها حاول الباحث اختبار مدى فاعلية برنامج التدريب على التعامل مع القلق ، فى تخفيض مستوى القلق لدى عينة من معتمدى الهيروين ، المنومين بالقسم الداخلى بمستشفى الأمل بالدمام ، وقياس مدى فاعلية هذا البرنامج وتأثيره .

أدوات الدراسة :

استخدم الباحث الأدوات التالية :

١- برنامج التدريب على التعامل مع القلق

قام «ريتشارد سوين» وزملاؤه بتطوير برنامج التدريب على التعامل مع القلق (١٩٩٠) ، وهو برنامج سلوكى فعال، صمم فى البداية لعلاج اضطراب القلق العام، الذى لم تنجح معه الوسائل العلاجية السلوكية الأخرى. وأثبتت البحوث فاعليته فى علاج عدد كبير من الاضطرابات التى يجمع بينها القلق .

وقام الباحث بإدخال تعديل بسيط على البرنامج، من خلال توجيهه بشكل محدد لمواجهة القلق المصاحب للاعتماد على المخدرات، من خلال ربط التعليمات أو المشاهد المثيرة للقلق فى البرنامج ، بمشكلة الاعتماد على المخدرات. كما أضاف الباحث للبرنامج جلسة للتدريب على التخيل، ضمن الجلسات الاستشكافية فى بداية البرنامج .

٢- قائمة قلق الحالة وقلق السمة لـ «سبلييرجر»

وضع سبلييرجر وزملاؤه القائمة عام ١٩٦٤ ، وقد صدر أحدث إصدار لها عام ١٩٨٣ ، وتشتمل القائمة فى صورتها العربية (أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) ، على مقياسين وهما حالة القلق وسمة القلق، وكان لهما صدق وثبات مرتفعان فى الدراسة العربية .

٣- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول

وهى من إعداد فطيم، ورشاد ، والجارحى (١٩٩٧) ، وتهدف إلى تشخيص الأنواع المختلفة من الاعتماد وسوء الاستخدام للمخدرات ، بناءً على المحكات التشخيصية للدليل التشخيصى الإحصائى الرابع D. S. M. IV .

العينة :

تم اختيار عينة الدراسة من ٣٠ مريضاً منوماً بمستشفى الأمل بالدمام، مقسمين إلى مجموعتين متساويتين: مجموعة تجريبية وعددها ١٥ مريضاً، وأخرى ضابطة بالعدد نفسه باستخدام أسلوب الأزواج المتناظرة فى اختيار العينة ؛ لضبط متغيرات العينة، وتراوحت أعمار عينة الدراسة من سن ١٨ – ٣٧ سنة .

نتائج الدراسة :

وقد كشفت عدة نتائج، من أهمها :

انخفاض مستوى قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية بعد التعرض لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق ، بالإضافة إلى البرنامج العلاجى التقليدى ، فقد تبين من المعالجات الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعده . لصالح الاختبار القبلى؛ حيث وصلت قيمة (ت) = ٩,٤٦١، وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

وكذلك تبين انخفاض مستوى قلق السمة لدى المجموعة التجريبية بعد التعرض لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق ، وذلك يعنى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة قلق السمة لدى المجموعة التجريبية، قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعد لصالح الاختبار القبلى؛ حيث وصلت قيمة (ت) = ٥,٤٧٨ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

كما كشفت الدراسة عن ارتفاع مستوى قلق الحالة بعد تعرض المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجى التقليدى بالمستشفى فقط (دون استخدام برنامج التدريب على التعامل مع القلق)، ولكن بدرجة غير دالة إحصائيًا ، حيث أشارت المعالجات الإحصائية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى قلق الحالة لدى المجموعة الضابطة ، قبل البرنامج العلاجى التقليدى بمستشفى الأمل بالدمام وبعده ؛ حيث بلغت قيمة (ت) = ١,٩١٨ .

فضلاً عن هذا.. فقد تبين ارتفاع القلق بعد تعرض المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجى التقليدى فقط (دون استخدام برنامج التدريب على التعامل مع القلق) بدرجة دالة إحصائيًا ، حيث أشارت المعالجات الإحصائية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى قلق السمة، قبل التعرض للبرنامج العلاجى التقليدى بمستشفى الأمل بالدمام وبعده لصالح الاختبار البعدى؛ حيث بلغت قيمة (ت) = ٢,٧٥ . وهى دالة عند مستوى ٠,٠٥ وهذه النتيجة ملفتة للنظر – فى حدود عينة ومتغيرات الدراسة – فقد أظهرت هذه النتيجة ارتفاع مستوى سمة القلق لدى المجموعة الضابطة، بدلاً من أن ينخفض بعد التعرض للبرنامج العلاجى التقليدى . ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى عامل أساسى، وهو عدم وجود برامج علاجية مخصصة، وموجهة لعلاج القلق ضمن البرنامج العلاجى التقليدى اليومى .

كما أظهرت الدراسة انخفاض قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية التى خضعت لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق، بالإضافة للبرنامج العلاجى التقليدى، أكثر منه فى المجموعة الضابطة التى لم تخضع سوى للبرنامج العلاجى التقليدى فقط؛ فقد أظهرت المعالجات الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى اختبار قلق الحالة البعدى ، ما بين المجموعة التجريبية والضابطة ، لصالح المجموعة الضابطة ، حيث بلغت قيمة (ت) = – ٦,٤٣٨ وهى دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ .

وبالمثل.. كشف البرنامج عن انخفاض قلق السمة للاختبار البعدى فى المجموعة التجريبية، التى خضعت لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق، بالإضافة للبرنامج العلاجى التقليدى ، أكثر منه فى المجموعة الضابطة التى لم تخضع سوى للبرنامج العلاجى التقليدى فقط.. فقد بينت المعالجات الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة سمة القلق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الاختبار البعدى ، لصالح المجموعة الضابطة ؛ حيث بلغت قيمة (ت) = –٥,٨٤، وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

مناقشة النتائج :

بالنظر للنتائج التى توصلت لها الدراسة، يتبين عديد من النقاط المهمة :

* على ثبات فاعلية التدريب على التعامل مع القلق فى تخفيض مستوى القلق لدى عينة من المعتمدين على الهيروين ، سواء كان هذا القلق قلق حالة أو قلق سمة . وعلى الرغم من صغر عينة الدراسة .. فإن نجاح نتائجها يشجع على القيام بدراسات مشابهة للتحقق من فاعليتها على مرضى الاعتماد على المخدرات باختلاف أنواعها .

يمكن إدراج البرنامج ، ضمن برامج الوقاية الأولية لعلاج القلق؛ لتجنيب المرضى اللجوء إلى إساءة استخدام العقاقير من باب العلاج الذاتى لتخفيف قلقهم ، مما يدفع عديداً منهم مستقبلاً للاعتماد على المخدرات .

كما يمكن استخدام البرنامج كأسلوب علاجى موجه للوقاية من الانتكاسة ، من خلال تدريب مرضى الاعتماد على المخدرات على مواجهة المواقف الضاغطة ، والتى تصاحبها عادة درجة عالية من أعراض قلق الحالة ؛ مما يدفعهم لتعاطى المخدر للتخلص من هذه الأعراض، من خلال تدريب المريض على مواجهة تلك المواقف الضاغطة والتكيف معها؛ مما يساعده على اكتساب مهارات سلوكية جديدة ، وهو ما يراه الباحث متمثلاً فى مهارة التدريب على التعامل مع القلق.

لم نقم هذه الدراسة للمقارنة بين فنية التدريب والبرنامج العلاجى التقليدى ، ولكن الهدف من المقارنة هو معرفة أثر البرنامج ضمن برامج علاج الاعتماد على المخدرات التقليدية . وعليه.. تدفعنا هذه النتيجة إلى استخدام فنية التدريب على التعامل مع القلق كأحد البرامج العلاجية الرئيسية ضمن برامج علاج الاعتماد على المخدرات .

التوصيات :

وقد خرج الباحث بعدد من التوصيات بخصوص تطبيق فنية التدريب على التعامل مع القلق، ضمن البرامج العلاجية لعلاج الاعتماد على المخدرات بمستشفيات الزمل بالمملكة العربية السعودية . كما أوصى بتطبيق البرنامج فى العيادات النفسية ومراكز الإرشاد بالمعاهد والجامعات ومراكز التدريب ؛ بسبب النتائج الإيجابية لتطبيق هذا البرنامج كبرنامج متخصص، أثبت فاعليته فى علاج القلق (**عبدالله الجوهى**،١٩٩٩) .

الدراسة الخامسة : دراسة عن : مدى توافق تقويم المريض (المدمن) لحالته مع تقييم الفريق العلاجى ، وارتباط ذلك بقيم المريض الدينية .

طبقت هذه الدراسة على ثلاث مستشفيات فى كل من المدن التالية بالمملكة العربية السعودية : الرياض ، جدة ، الدمام، والتى تقدم خدماتها فى مجال علاج مدمنى المخدرات ، وقد عمدت الدراسة إلى التحقق من مدى توافق تقييم الفريق المعالج (الطبيب النفسى ، الإخصائى النفسى ، الإخصائى الاجتماعى) مع تقييم المريض لحالته .. وقد أبرزت النتائج سلبية ذلك ، نتيجة لعدد من العوامل :

- تنوع التخصصات التى تعمل ضمن الفريق المعالج .
- تعدد المدارس والفلسفات العلاجية لكل تخصص .
- أن الفريق يعمل ضمن خطة علاجية لم يشارك فى وضعها .
- أن المرضى يختلفون فى مدة التعاطى وشدته ونوع المخدر، ومدى قناعتهم بالبرنامج العلاجى .

ومن جانب آخر أبرزت الدراسة تأثير ضعف الوازع الدينى بوصفه أحد العوامل التى ساهمت فى التعاطى ، وفى الوقت نفسه.. فإن ارتباط شدة الالتزام الدينى ترتبط بقناعة المريض بالبرنامج العلاجى ، ولعل أهم ما توصلت إليه الدراسة من توصيات،

تتلخص فى الآتى :

١- عدم فرض البرنامج العلاجى على الفريق المعالج .

٢- عدم فرض البرنامج العلاجى على المريض أيضا .

٣- ضرورة وضع البرنامج العلاجى من قبل الفريق والمريض معاً .

٤- أن يكون لكل مريض برنامج علاجى خاص به يعكس وضعه الإدمانى .

(سعود ضحيان ، نايف المطيرى ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٢٤٥-٢٨٠)

الدراسة السادسة : دراسة محمد حسن غانم (٢٠٠١) عن : برنامج علاج نفسى لمدمن، يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات .

نهضت الدراسة على تناول مدمن، يعانى من المشاكل الآتية :

١- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة .

٢- الخجل .

٣- عدم توكيد الذات .

٤- الاكتئاب ومشاعر الذنب .

٥- اضطرابات جنسية تأخذ شكلين منحرفين، هما :

أ - الجنسية المثلية السلبية .

ب- التعلق الجنسى بالمحارم .

٦- القلق والتوتر المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية) .

البرنامج العلاجى للحالة : تم استخدام الفنيات العلاجية الآتية :

١- العلاج النفسى التدعيمى .

٢- العلاج النفسى السلوكى :

أ - أسلوب الاسترخاء العضلى والتدريب عليه .

ب- أسلوب تأكيد الذات .

٣- العلاج العقلانى – الانفعالى لألبرت إليس .

مدة البرنامج : استغرق تطبيق البرنامج ما يقارب الأشهر الأربع .

عدد المقابلات : ثلاث مرات أسبوعيا .

مدة الجلسة : ساعة .

النتائج : للتأكيد من فاعلية البرنامج العلاجى الذى تم استخدامه، ثم الاحتكام إلى :

١- إعادة تطبيق الاختبارات التى سبق تطبيقها قبل استخدام البرنامج العلاجى (باستثناء اختبار تفهم الموضوع)، وقد أشارت النتائج (البعدية) إلى وجود انخفاض فى درجات اختبارات : القلق الصريح لتايلور فى قائمة بيك للاكتئاب ، واختبار احتمالية الانتحار ، وجدول المخاوف لولبى ، وزيادة فى درجات اختبار توكيد الذات .

٢- تسجيل تحسن فى تفاعلات المريض / المدمن مع نفسه ومع الآخرين، من خلال:

أ- مواجهة عدة مواقف من قبل أصدقاء كانوا يحاولون (شدة) مرة أخرى إلى الانتكاس.

ب- استمراره طوال مدة البرنامج العلاجى دون انتكاس، مع الأخذ فى الاعتبار أنه قد استمر فى البرنامج العلاجى، من خلال تردده على وحدة الرعاية اللاحقة OPD .

جـ- اتخاذ مواقف عملية من خلال البحث عن عمل، بل والالتحاق فعلا.

د - البحث الجدى عن شقة تمليك .

هـ- البحث عن زوجة يرتبط بها .

و - زيادة الدافعية .

ز - زيادة فى مواقف توكيد الذات .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠١ ، ص ص ٢٧٧ – ٣٠٦)

الدراسة السابعة : دراسة مدحت أبو زيد (٢٠٠٢) عن: الجماعات العلاجية بالمساعدة الذاتية : دراسة أمبيريقية : مدى فاعلية العلاج الجماعى بالمساعدة الذاتية ذى الشكل غير الحر، قصير الأمد فى تعديل القيم السالبة لدى عينة من معتمدى الكحول .

تنهض الدراسة على فرض عام مؤداه : يوجد فرق جوهرى بين القياسين القبلى والبعدى، يشير إلى انخفاض مستوى اعتناق القيم السالبة لدى عينة معتمدى الكحول، ويرجع لفاعلية برنامج جماعة المساعدة الذاتية المستخدم ، وقد انقسمت العينة إلى نوعين :

أ - **العينة الأساسية :** بلغ قوامها (٣٠) من معتمدى الكحول الذكور .

ب- **العينة العلاجية:** بلغ قوامها ثلاثة من معتمدى الكحول ممن أنهوا العلاج الداخلى بمستشفى الأمل بجدة بالسعودية ، وانتقلوا إلى العلاج الخارجى ، وقد تم اختبارهم وفق شروط معينة، أهمها :

الرغبة فى مواصلة الإقلاع والاستمرار فى التعاطى دون انتكاس، وتم استخدام أداة واحدة هى مقياس القيم السالبة للاعتماد العقاقيرى من إعداد الباحث ، ويحتوى على (٢٦) مفردة تعبر كل منها عن قيمة سالبة يجاب عليها بمقياس خماسى .. أما عن البروتوكول العلاجى، فكان كالآتى :

المسمى : جماعات المساعدة الذاتية ذات الاثنتى عشر خطوة .

الخصائص: برنامج علاجى مقنن، وغير حر ، منظم ، قصير الأمد .

هدف البرنامج العام : تعديل القيم السالبة وتخفيض درجة اعتناقها لدى أفراد الجماعة العلاجية من ذوى الاعتماد الكحولى .

طبيعة البرنامج : علاج جماعى .

حجم المراحل العلاجية : ثمانى مراحل .

طبيعة الجلسات : مغلقة .

تكرار الجلسات : مرتان أسبوعيا .

مدة الجلسة : ساعة ونصف .

قيادة الجلسة : المؤلف (ميسر) Facilitator

حجم الجماعة: خمسة من معتمدى الكحول من الذكور فى بادئ الأمر ، انقطع وانتكس اثنان ،ولم يكملا العلاج واستمرت الجماعة بقوام ثلاثة فقط حتى النهاية .

مدة العلاج المقررة : تسعة أسابيع ونصف .

مدة المتابعة : ستة أشهر (مرة كل عشرة أيام) .

وقد توصلت الدراسة إلى عديد من النتائج ومنها حدوث تعديل من السالب إلى الموجب ، أو على الأقل انخفاض سلبيتها ، وهذه ميزة علاجية لبرنامج المساعدة الذاتية ذى الاثنتى عشر خطوة .

(مدحت أبو زيد ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٤٩٥ – ٥٧٨)

الدراسة الثامنة : دراسة على مفتاح (٢٠٠٣) عن : فعالية برنامج معرفى سلوكى على بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان لعينة من مدمنى الهيروين بالمملكة العربية السعودية .

هدفت الدراسة إلى الوقوف على فعالية النموذج المعرفى السلوكى على بعض المتغيرات المرتبطة بتعاطى الهيروين، تمثلت فى المعتقدات الإدمانية، معتقدات الشوق، قوة الرغبة فى التعاطى ، واحتمالية التعاطى ، وتكونت عينة الدراسة من (٣٧) مدمناً للهيروين بمستشفى أمل الدمام ، تتراوح أعمارهم بين (١٨ – ٤٨) عاماً.

وقد استخدم الباحث المقاييس التالية : مقياس الاعتقادات الخاصة بتعاطى المخدرات ، ومقياس معتقدات الشوق ، مقياس التنبؤ باحتمالية الانتكاسة، وهو يتكون من مقياسين فرعيين هما : مقياس قوة الرغبة فى التعاطى ، مقياس احتمالية التعاطى ، إضافة إلى النموذج المعرفى السلوكى ، واستغرق تطبيق الأدوات والبرنامج حوالى خمسة أشهر .

وأظهرت النتائج أن هناك تغييراً فى المعتقدات الإدمانية ، ومعتقدات الشوق فى الاتجاه الإيجابى ، وأن قوة الرغبة فى التعاطى واحتمالية التعاطى بدأت فى الضعف.

(على مفتاح ، ٢٠٠٣ ، ص ص ٥٧٩ – ٦٣٣)

الفصل الخامس

كيـــف نواجـــه الانتكاسة

- مقدمة .
- كيف نواجه الانتكاسات لدى مدمن المخدرات
- كيف يتعامل المدمن مع الرفض والنبذ .
- كيف يتعامل المدمن مع الاكتئاب .
- الوصايا العشر التى على المدمن اتباعها قبل أن ينتكس .
- ماذا نفعل لكى نتغلب على مرضى (الإدمان)
- اعتراف مدمن:
  * المدمن الأول.
  * المدمن الثانى .

الفصل الخامس

كيف نواجه الانتكاسات لدى مدمن المخدرات

مقدمة :

سوف نحاول – عبر هذا الفصل – تقديم بعض الاقتراحات التى تمت فى هذا الصدد ، ونحن لا نغفل بالتالى ضرورة قيام الجهود المتعددة من كافة مؤسسات الدولة تجاه (فعل الإدمان وفعل الانتكاسة) .

كيف نواجه الانتكاسات لدى مدمن المخدرات:

التغلب على الانتكاسة هو المرحلة الأخيرة فى التعافى ، وهى عملية بدء الامتناع عن التعاطى والاستمرار فى ذلك الامتناع؛ حتى يقلع المريض نهائيا ، وهى فى الوقت نفسه عملية إدخال تغييرات على علاقة المريض بالآخرين وعلاقته بنفسه. وهذه العملية تختلف من شخص لآخر، وهى تحدث عادة فى المجالات الجسمانية والنفسية والسلوكية والعلاقات بالآخرين والأسرة والمجالات الروحية والدينية والاجتماعية والاقتصادية . ويتفق الباحثون فى هذا المجال على أن التعافى يعتمد على المرحلة التى يمر بها المريض ، كما يعتمد على شدة ودرجة الأذى الناشئ عن الاعتماد على المخدر ووجود مرض نفسى أو جسمى، ومدى مستوى إدراك المريض ودافعيته، ونوع الدعم أو العون الذى يتلقاه، وبعض المرضى قد يتعافون تماماً بينما يحرز بعضهم شفاءً جزئيا، وهؤلاء قد يواجهون انتكاسات على مر الأيام .

ويعنى تعافى المدمن اكتساب المعلومات الجديدة ، وزيادة وعيه واستبصاره وتنمية مهاراته لمواجهة أزمات وضغوط الحياة باعتباره إنساناً غير مدمن وإتباع خطة للتغيير .وقد تتضمن خطة التغيير هذه علاجاً على يد متخصص، والمساهمة فى برامج العلاج الذاتى وتدبير المرء لشئون حياته . وفى المراحل الأولى للتعافى يعتمد المريض بشكل أكبر على العون الخارجى، والمساعدة التى يقدمها المختصون أو جماعات المساعدة . ومع تقدم التعافى يزداد الاعتماد على الذات؛ لمعالجة مشكلات وتحديات الحياة الجديدة التى لا تعتمد على المخدر .

ويجب النظر إلى الانتكاس لا على أنه مجرد معاودة لتعاطى المخدر فقط، وإنما

لأنه أيضا عملية لها دلائل وعلامات تشير إلى قرب حدوث الانتكاسة . وقد تنتهى الانتكاسة بسرعة أو تقرر إلى العودة بدرجات متفاوتة، وتتضح آثار الانتكاسة الأولى فى استجابات المريض الوجدانية المعرفية؛ فالانتكاسة الكاملة أكثر ميلاً إلى أن تحدث لدى الأفراد الذين لديهم قوى (ميل قوى) لخرق قواعد الامتناع . ومع أن هناك من المنتكسين من يعود إلى المستوى السابق وأكثر منه ، ولكن هناك أيضاً من يعود دوماً، ولكن إلى مستويات أقل .

العوامل المرسبة للانتكاس:

تنقسم هذه المرسبات إلى قسمين : **الأول** مايمكن أن يرجع إلى العلاقات مع الآخرين والثانى إلى العلاقات مع الذات . وهذا النوع الأخير يشمل الحالات الانفعالية السلبية والإيجابية ، والحالات الجسمية السليمة واختبار مدى التحكم فى النفس بالإضافة إلى الإغراءات .. وتبين البحوث التى أجريت على مدمنى الكحول والهيروين والتدخين أن الفئة التى تؤثر أعظم تأثير على حدوث الانتكاسة هى الحالات الانفعالات السلبية .

أما المرسبات من فئة العلاقات بالآخرين.. فتشمل الصراع فى العلاقات ، الضغط الاجتماعى لاستخدام المخدر ، والحالات الانفعالية الإيجابية المرتبطة ببعض التفاعل مع الآخرين .

وتدل البحوث التى أجريت لمعرفة شدة تأثير كل مرسب بالنسبة للانتكاس.. فى حالة الأفيونات كانت درجة الاختلال أو الفساد الذى نشأ من استخدام المخدر، والاختلال السيكياترى ، وطول مدة العلاج ونوعه ، والاندماج فى الجريمة ، وانعدام تدعيم الأسرة، وزيادة الحالات الانفعالية السلبية، ونقص المهارات الاجتماعية للتعامل مع الآخر .

بالنسبة لمدمنى الكحول.. كانت نقص تدعيم الأسرة وزيادة الحالات الانفعالية السلبية ، نقص المهارات ، ووقائع وأحداث الحياة السلبية .

بالنسبة للمدخنين.. كانت الحالات الانفعالية السلبية ومشاكل العلاقات فى العائلة والأقران .

وهناك تصنيف آخر بالنسبة للمرسبات إذ يمكن فهمه على أساس أنه ناشئ من تفاعل المريض والأسرة والمجتمع وعوامل العلاج.. وهذه تشمل متغيرات انفعالية (مثل الحالات الانفعالية المزاجية السلبية أو الإيجابية) متغيرات سلوكية (مثل

الاندفاعية وأساليب المواجهة Coping أو نقص المهارات) متغيرات معرفية (الاتجاه نحو الشفاء– إدراك قدرة الذات على مواجهة مواقف الخطر ومستوى العمليات المعرفية) ومتغيرات بيئية وفى العلاقات الشخصية (مثل : نقص التوازن الأسرى – الضغوط الاجتماعية لاستخدام المخدرات – نقص العمل المثمر أو النشاط المدرسى – نقص الاندماج فى أنشطة أوقات الفراغ والترويح) ومتغيرات فسيولوجية (مثل: استمرار أعراض الانسحاب، آلام مزمنة – أو الإصابة بمرض عضوى – الاستجابة للأدوية) متغيرات سيكاترية (وجود مرض نفسى) متغيرات معنوية أو روحية (الإحساس بالخجل والذنب ومشاعر الخواء ونقص فى مفهوم معنى الحياة – وهناك متغيرات خاصة بالعلاج (كالموقف السلبى لمن يقدمون العون – نقص المهارة فى ضرورة التعامل مع العناية اللاحقة) .

نظرة عامة إلى محاولات منع الانتكاس :

نشأت الوقاية من الانتكاس كطريقة لمساعدة المدمنين على الاحتفاظ بالتغير لفترة طويلة.. وقد وجد أن العوامل المرتبطة بتخفيف التغير المبدئى أن الامتناع يختلف عن تلك التى ترتبط بالاحتفاظ بالتغير لمدة طويلة، ومن هنا نشأت الوقاية re- lapse Preview .

ومن أشهر طرق الوقاية من الانتكاس :

١– الأسلوب السلوكى المعرفى لمدمنى الكحولات والمخدرات . ويستخدم هذا الأسلوب أيضًا لمعالجة المدخنين ومرتكبى جرائم الجنس، ومشاكل السيطرة على الدافع الجنسى .

٢– الأسلوب النفسى التربوى .

٣– أسلوب الرعاية اللاحقة .

وتشترك كلها فى عدة عوامل :

تركز كلها على الأفراد من مرضى الإدمان لتنمى لديهم مهارات مجابهة جديدة لمعالجة مواقف الخطر وعلامات الانتكاس وإحداث تغيرات فى أسلوب الحياة؛ بحيث تقل الحاجة إلى الكحول والدخان والمخدرات وزيادة الأنشطة الصحية ، والترتيب لمواجهة الانتكاسات حتى لا تتحول إلى عودة كاملة، وكذلك منع النتائج الضارة لها.. وكلها تؤكد الحاجة إلى جعبة واسعة من الحيل لمواجهة معرفية وسلوكية لمنع الانتكاس .

التدخلات السلوكية المعرفية :

إن استخدام التعلم عن طريق الخبرة experiential مثل : لعب الأدوار ، التخييلات ، التدريبات المسرحية على السلوك، المونودراما ، السيكودراما ، العلاج المعرفى بالقراءة Biblio Therapy. والواجبات المنزلية أمر ينصح به الخبراء بحيث يجعلون من التعلم خبرة نشطة للمريض، ومثل هذه التمرينات تزيد من الوعى وتقلل من الدفاعية ، وتساعد على تغيير السلوك. ومن الأمور ذات الفائدة، وضع جدول زمنى inventory بحيث يسيطر المريض على أنشطة حياته اليومية، ويكتشف عوامل أو دلائل الخطر وعلامات الانتكاس أو مشاكل الحياة المنذرة .

الموضوعات الرئيسية فى برامج الوقاية من الانتكاس

(١) مساعدة المرضى على تعيين العوامل ذات الخطورة ووضع استراتيجيات لمواجهتها والمواقف ذات الخطر أو الحرجة.. وهى تلك المواقف التى يلجأ فيها المريض إلى استخدام الكحول أو المخدر قبل العلاج ، وهى تشمل عادة المواقف مع الذات ومع الآخرين . ويرى البعض أن المواقف التى يتناول فيها المريض المخدر خلال السنة السابقة على العلاج تمثل عوامل الخطر العليا H. R، وتوجد اختبارات وقوائم عديدة تعدد مواقف الخطر .

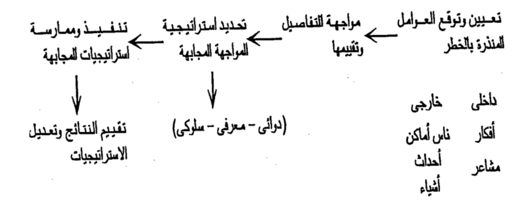
1- Inventory of drinking sitnations, Annis

2- Inventory of drug taking sitnation, Annis

3- Identi..ying high sisk sitnation, Doley

4- Snbstante Abnse Problem Checklist, Carroll

5- High risk situation list, Gorski



ويمكن أن يضاف إلى ذلك أساليب أكثر شمولاً كالتدريب على المهارات، وإعادة صياغة التصورات وأسلوب الحياة ، ومواجهة الضغوط مثال :

(٢) مساعدة المرضى على فهم الانتكاس باعتباره عملية وحدثا فى الوقت نفسه

يصبح المرضى أكثر استعداداً لتقبل تحديات الشفاء، إذا عرفوا حقيقة أن الانتكاسة تحدث دائمًا من خلال سياق، وأن هناك دلائل وعلامات تنذر بقرب حدوثها. ومع أن الانتكاسة قد ترجع إلى عمل أو فعل اندفاعى من جانب المريض ، إلا أنه فى معظم الأحوال تظهر عادة تغيرات فى الاتجاه والعواطف والعقل مع تغيرات سلوكية قبل التعاطى الفعلى للمادة ، ويمكن اعتبار هذه العلامات كحلقات فى سلسلة الانتكاس، وتحدث هذه العلامات قبل أيام أو أسابيع من حدوث علامات فى الفكر والاتجاه والمزاج والسلوك . ومن المفيد أن يحكى المدمنون السابقون خبراتهم فى هذه الحالة بحيث يستفيدون منها .

(٣) مساعدة المرضى على تفهم أن علامات الانتكاسة يجب أن تعامل معاملة الاشتياق:

توجد أدلة تشير إلى أن اشتياق carving المدمن ينطلق عند التعرض لمثيرات فى البيئة، ترتبط بسابق استعماله للمادة .. كالرؤية أو الشم مما تزيد من أفكاره حول المادة وزيادة القلق، ونحن نعمل طبعًا أن ننصح المدمن بقطع علاقاته بالأشخاص والأماكن والأشياء المرتبطة بالإدمان بالتعاطى كوسيلة؛ لتقليل ظهور العلامات التى يمكن أن تؤدى إلى الانتكاسة .. ومن الوسائل العملية نقل السكن وخلافه .

وأحد الأساليب المتبعة فى علاج الانتكاسة هو تعريض المريض للدلائل والعلامات (الغمر Flooding) ؛ حتى نقلل من استجابته للعلامات، ونوسع من دائرة أساليب المجابهة وثقة المريض فى قدرته على المقاومة .

ونظرا لأنه يكاد يكون من المستحيل تجنب كافة المواقف المرتبطة بالتعاطى ، فإنه يمكن لنا تعليم المريض كثيراً عن تكنيكات لمعالجة الموقف والاشتياق .. فأولا يجب تزويدهم بالمعلومات عن الدلائل والعلامات وكيف تطلق الاشتياق .. كذلك التدخلات المعرفية، مثل : تغيير الأفكار عن الاشتياق والرغبة ، وتحدى فورا فى تذكر المرح – التحدث إلى النفس – تذكر النتائج السلبية – التأجيل . أما التدخلات السلوكية فهى التجنب ، الإهمال ، تغيير الموقف ، إعادة توجيه النشاط أو الإندماج فى أنشطة سارة ، الحصول على العون والمساعدة من الآخرين بالاعتراف. والتحدث عن

الاشتياق وسماع الحكايات عمن قاوموا ونجحوا ، وحضور اجتماعات الرعاية اللاحقة أو تعاطى الأدوية (المنفرة)، و،وضع قائمة لكيفية تنظيم حياة المريض .

(٤) مساعدة المريض على فهم ومعالجة الضغوط الاجتماعية للتعاطى

تؤدى مجموعة من الضغوط المباشرة وغير المباشرة إلى حدوث الانتكاسة . وتؤدى هذه الضغوط الاجتماعية إلى زيادة الأفكار والرغبات والقلق بشأن قدرة المرء على رفض الدعوة إلى التعاطى .

وأحد الأساليب لمساعدة المرضى على فهم الضغوط الاجتماعية والتعامل معها هى الخطة التالية :

١- الخطوة الأولى هى تحديد العلامات الخطرة (مناطق الخطر أو الانزلاق)، مثل : مقابلة المتعاطين أو المتعاملين مع المخدرات والمواقف أو الأحداث، التى يتعرض فيها المريض، أو تقدم له المواد المخدرة (كالاجتماعات فى حالة التدخين) .

٢- الخطوة الثانية تقييم آثار أو نفوذ هذه الضغوط الاجتماعية على أفكار المريض ومشاعره وسلوكه .

٣- تخطيط وممارسة وتنفيذ استراتيجيات المجابهة، وتشمل : التجنب واستخدام مهارات لفظية أو معرفية أو سلوكية .

٤- استخدام لعبة الأدوار التمثيل أمام المرآة للتدريب على رفض العروض للتعاطى .

٥- الخطوة الأخيرة تدريب المريض على تقديم نتائج كل أسلوب من أساليب المجابهة وتعديله. وفى معظم الحالات .. فإن الانتكاسة عادة تنشأ من العلاقات بالمتعاطين السابقين.

(٥) مساعدة المريض على خلق شبكة علاقات تدعيمية ومساندة .

وهناك مجال أوسع لمواجهة الانتكاسة، وهو إدخال الأهل والأقارب والأصدقاء فى الموضوع . وقد أبدت نتائج البحوث فكرة مساندة الأهل والأصدقاء، وأنها تفسد دونهم، ويحتاج المريض أولا إلى تحديد من يلجأ لهم ، وأن يحدد كيف ومتى يلجأ إليهم . والتدريب على ذلك ضرورى (فى المرآة)، ومعظم المدمنين يعانون من الخجل ومشاعر الذنب أو الكبرياء .. توضع بعد ذلك خطة تنفيذية مكتوبة أحيانا . ومن خلال الخبرة وجد أن العلاج بالسيكودراما، ومن خلال الفنيات المستخدمة هام جدا فى تعديل (سلوكيات) المدمن، بل (وزرع) سلوكيات جديدة تحل محل السلوكيات

(السيئة)، والتى اكتسبها الفرد عبر مراحل إدمانه، وشبكة علاقاته الاجتماعية مع المدمنين أمثاله... إلخ .

(٦) مساعدة المريض على وضع أساليب مجابهة الحالات الانفعالية السلبية.

تعد الحالات الانفعالية السلبية من العوامل المرتبطة بالانتكاسة؛ فالاكتئاب والقلق عوامل ذات خطر كبير فى الانتكاس . ويعتقد البعض أن كثيراً من الانتكاسات يحدث بسبب انعدام البهجة والمرح فى حياة المريض، ويضاف إلى ذلك الغضب والملل شعار (HLAT) down get Hungrey Angry Lonley on Tivcol تغضب أو تجوع أو تجهد أو تصبح وحيدا ، وقد وجد أن الغضب والوحدة سببان رئيسيان فى الانتكاسة لدى الكثيرين .

وتتغير أساليب المجابهة تبعًا للمصدر والأعراض والنتائج ؛ فمثلا تختلف أساليب معالجة الاكتئاب المصاحب لإدراك المريض أن إدمانه قد أفسد حياته عن معالجة الاكتئاب، الذى هو جزء من المرض الدورى الهوس / الاكتئاب، والذى قد يظهر بعد شهور من تخليص المريض من الأعراض الانسحابية من آثار المخدر . وتدل الإحصائيات على أن عددا لا بأس به من المدمنين يعانون من أمراض مزدوجة أى من مرض نفسى بجانب الإدمان كتقلب المزاج؛ ولذلك يجب أن يشمل التقويم اختبار إمكان وجود مرض نفسى من عدمه (كما سبق وأشرنا إلى وجود علاقة بين الإدمان واضطراب الشخصية) .

كما أن التدخلات التى تساعد المريض الذى ينتابه الغضب من حين لآخر ويسعى إلى نشدان السلوى فى المخدر أو التبغ أو الكحول تختلف عن التدخلات فى حالة المريض الغاضب المزمن من نفسه ومن الآخرين . فالأول قد يحتاج إلى المساعدة للتعبير عن غضبه بدلا من كبته.. أما الثانى، فيحتاج إلى أن يتعلم كيف يوقف التعبير عن غضبه ، حيث إنه يكون اندفاعيا وغير ملائم، بل قد لا يكون لهذا الغضب أى مبرر . ومثل هذا الشخص يستفيد من الأساليب المعرفية، التى تعلم الفرد كيف يتحدى ويغير الأفكار الغاضبة، كما يستفيد الغاضب المزمن من إدراكه أن الغضب عنده هو عيب فى الشخصية .

وتتوقف التدخلات فى حالة المرضى الذين يشعرون بالسأم المزمن والخواء أو انعدام المتعة والبهجة على طبيعة الحالة الوجدانية . فمتى يحتاج المريض إلى أن يتعلم كيف يستفيد من وقت الفراغ أو تنمية أسس قيم جديدة وعلاقات جديدة أو أنشطة جديدة تجعل لحياته معنى ودلالة ، ويحتاج كثير من المرضى إلى تغيير معتقداتهم

بشأن المتعة والمرح والإثارة وما هو المهم فى الحياة . ويرى كثيرون من مدمنى الكوكايين أن حياتهم دون المخدر فارغة، بالمقارنة إلى حياة التعاطى ذات الإثارة . مثل هؤلاء المرضى يحتاجون إلى تغيير العقائد والاتجاهات والسلوك .

وقد يحتاج المرضى كثيرو الانتكاس إلى علاج بالعقاقير أيضاً، بالإضافة إلى علاج الانتكاس بالطرق النفسية المتعددة .

(٧) مساعدة المريض على مجابهة التشويهات والترتيبات المعرفية .

التمرينات المعرفية أو ما نسميه بأخطاء التفكير ترتبط بعدد كبير من الأمراض النفسية والإدمان وتظهر أيضا فى حالات الانتكاس ، ويحتاج الأمر إلى تغيير طريقة التفكير حتى يستطيع المريض أن يظل ممتنعاً .

وغالبا ما يكون من المفيد للمرضى أن يكتشفوا أخطاءهم المعرفية مثل التفكير الثنائى القطبية أبيض / أسود ، أو المغالاة فى التهويل من الأخطار ، والتعميم الزائد المبالغ فيه ، والتجريد الانتقائى ، وتوقع الأشياء ، والقفز إلى النتائج دون تروٍ ... إلخ، ومعرفة كيف تؤثر تلك العمليات على الانتكاس أمر مفيد . ويمكن تعليم المرضى فى هذه الحالة استخدام الأفكار المضادة لمجابهة أفكارهم الخاطئة أو الأفكار السلبية ، ومن التدريبات التى تستخدم تقديم ورقة عليها ثلاث تعليمات :

١ – اكتب الأفكار التى تدور حول الانتكاس .

٢ – دون ما تراه من خطأ فى هذه الأفكار .

٣ – ألف أو ابتكر أفكاراً جديدة .. وعادة ما نضع فى هذه القائمة سبع أفكار مرتبطة عادة بالانتكاس لنحث المريض على القيام ببقية التدريب، مثل : لا يمكن لى أن انتكس – أستطيع التحكم فيما أتناوله من عقار – قليل من الخمر يصلح المعدة – لا يهم إذا تناولت قدراً ضئيلاً من المخدر – لا يسير الشفاء بالسرعة المرجوة – لابد لى من الخمر أو المخدر لأحس بالمتعة – لقد انتهت مشكلتى .

(٨) مساعدة المريض على اتخاذ طريقة حياة متوازنة .

بالإضافة إلى تحديد العوامل المؤدية إلى خطر الانتكاس.. فإنه غالبا ما يحتاج الأشخاص المعتمدون على المواد المخدرة إلى إدخال تغييرات عامة وشاملة للوصول إلى نوع من التوازن فى طريقة حياتهم، وكيف يخططون لها، أو إتباع طريقة حياة صحية، مما يعتبر من العوامل المهمة فى تخفيض الضغوط التى تجعل المرء معرضاً للانتكاس .

ويمكن تقديم طريقة الحياة بمراجعة أساليب وأنماط الأنشطة اليومية ومصادر الضغوط أو الشدائد أو الأحداث اليومية الضاغطة ، والارتفاعات والانخفاضات اليومية فى المزاج ، الموازنة بين الرغبات (الأنشطة الرامية إلى اللذة وإرضاء الذات) وما يجب (الواجبات) تجاه مطالب الواقع الخارجى ، الصحة والتمرينات ، أنماط الأنشطة الرياضية ،أنماط الاسترخاء ، الأنشطة الخاصة بالعلاقات مع الآخرين ، المعتقدات الدينية ، مساعدة المدمن على تكوين عادات إيجابية، أو إحلال أنشطة أخرى محل أنشطة تدليل الذات (مثل : الجرى ، التأمل ، الاسترخاء ، التدريب ، الهوايات، أعمال خلاقة ومهمة ... إلخ) محل استخدام المخدر يساعد على موازنة طريقة الحياة . أما المرضى الذين يحتاجون للدخول فى مغامرات وأنشطة خطرة.. فإنه يمكن أن يستخدموا السباق والغطس والمصارعة ... إلخ .

(٩) مساعدة المرضى على وضع خطة لكسر الانتكاسة والقضاء عليها.

تبين معظم الدراسات الحديثة أن غالبية مرضى مدمنى الكحول والمدخنين والمواد المخدرة تحدث لهم انتكاسة بين الحين والآخر .. ولذلك يفضل أن توجد خطة طوارئ تتبع فى حالة الانتكاس بحيث نتجنب عودة كاملة إلى الوراء . وعلى أى حال .. إذا حدثت عودة كاملة، فإن المريض يحتاج إلى خطط وسياسات لوقف تلك الرجعة عند حدها ، وتقوم التدخلات التى يجب اللجوء إليها على أساس شدة الانتكاسة . وأساليب المواجهة التى يتبعها ، والتاريخ السابق للانتكاس .

وتشمل التدخلات المهنية فى تلك الحالات الحديث إلى النفس أو إتباع إجراءات سلوكية معينة كالمشى أو الألعاب أو القراءة أو سماع القرآن لوقت الانتكاس .. اللجوء إلى الأسرة أو AA أو الأصدقاء أو سؤال المهنيين من المستشفى المساعدة . ويجب أن يحمل المريض فى جعبته قائمة بأسماء وتليفونات، من يحب اللجوء إليهم عند الشعور بالانتكاس، وكذلك يوجد على هذا «الكارت» الذى يجب أن يحمله المريض فى (بطاقته) تعليمات محددة فيما يجب عمله إذا حدثت الانتكاسة . ويقترح البعض أن يوقع المريض عقداً مع الرعاية اللاحقة يحدد اتخاذ خطوات معينة فى حالة حدوث انتكاسة فى المستقبل، وهدف هذا التعاقد هو تدعيم أو تعزيز التزام المريض بالتغير .

كيف يتعامل المدمن مع الرفض

هل يمكنك تصور حياة دون وجود آخرين من البشر ؟ وهل يمكنك تصور نفسك وأنت وحيد تماما فى هذا العالم، دون أن تدخل فى علاقات – أيا كانت – مع الآخرين ؟

الإجابة بالطبع لا.. لأن هناك تعريفات متعددة للإنسان منها أنه حيوان اجتماعى؛ لأن البشر مخلوقات اجتماعية تتجمع معا، ويعتمد كل منها على وجود الآخر جسميا ونفسيا عبر مراحل حياته المتعددة .

فالطفل منذ بدايته ما هو إلا مشروع إنسانى، لن يأخذ شكله النهائى دون مساعدة جادة ومخلصة من قبل الآخرين؛ إذ إن الآخر يشبع له كافة مطالبه ، ويزوده بالمثير الاجتماعى الحسى، الذى من شأنه تحويل الرضيع الصغير إلى شخص يدرك ويفكر ويتصل بالآخرين، ودون هذه المساعدة للطفل من قبل الآخرين فلن يكتب له الحياة ، حتى وإن كتبت له الحياة.. فسوف يفتقد إلى أهم شروط الإنسان (مثل الطفل الذئب : هو حالة معروفة فى علم النفس ، إذ فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر، وتحديدا فى غابة أفيرون (بضواحى باريس) عثر على طفل فى حالة بدائية للغاية من حيث المظهر والسلوك ،ووجد فى حالة عرى كامل ، طويل الأظافر ، يميل فى كافة سلوكياته إلى سلوك الحيوانات ، وتم تسليم هذا الطفل إلى عالم النفس (إيتارد) ؛ حتى يستخدم منجزات علم النفس فى تحويل هذاا لكائن المتوحش إلى كائن إنسانى ، وظلت جهود (إيتارد) لمدة ثلاث سنوات كاملة دون أن تثمر عن أى نجاح اللهم إلا القليل جدا ، وقد وثقت هذه الحالة فى تراث علم النفس بيان أثر البيئة فى اكتساب الفرد عديد من السمات والخصائص والصفات ،خاصة المرتبطة بالجانب الاجتماعى،) ألا وهى : الالتزام بالمعايير الاجتماعية .

والمعيار الاجتماعى هو مجموعة من العادات والتقاليد ، التى اتفق أفراد المجتمع على الالتزام بها ، وهذه المعايير تؤثر فى سلوكيات الأفراد وتحدد لكل فرد الحقوق والواجبات . وهذه المعايير يكون لها من القوة والتأثير الكبير فى نفسية كل الأفراد، وإذا خالف الفرد هذه المعايير.. فإنه يتعرض للنبذ أو الإهمال أو الرفض أو القتل أحيانا .

تعريف بالمصطلحات المستخدمة في هذا الجانب :

١- الإدمان :

هناك تعريفات متعددة للإدمان وللمدمن ، وخلاصة هذه التعريفات أن الإدمان هو حالة تعلق (تعود / اعتماد) شديد من جانب الشخص على تناول مادة بغرض إحداث تغييرات نفسية من خلال التأثير الكيميائى على الجهاز العصبى . وقد تكون لهذه المادة خاصية التدخل فى التركيب الكيميائى للجسم؛ بحيث لا يستطيع الجسم أن يستغنى عنها دون تعرف الأضرار التى – قد تصل أحيانًا إلى حد الموت – وهنا يطلق اسم الإدمان Addiction على الحالة (أى التعلق الفسيولوجى للعقار) .. أما فى

الحالات الأولى (التعلق) فقد يتميز بعضها بالدوافع والديناميات نفسها التى تؤدى إلى الإدمان ؛ ولذلك نستطيع أن نصف الظاهرة ككل تحت عنوان الإدمان بالمعنى العضوى والنفسى للعقار، علمًا بأن اللفظ المفضل حديثا هو الاعتماد على العقار Drug dependence .

وعموما (دون الدخول فى التفاصيل)، فإن كثيرين يتبنون وجهة النظر التى ترى أن الإدمان لكى يحدث فى أى مجتمع، لابد من توافر ثلاث حلقات (أو عوامل أو أسباب) متداخلة فى آنٍ واحدة وهى :

أ – العقاقير .

ب– الشخص المدمن .

جـ– الظروف الاجتماعية أو طبيعة البيئة التى يتواجد بها الشخص .

٢ – الحاجة Need :

هناك تعريفات متعددة لمصطلح الحاجة، وخلاصة هذه التعريفات أن الحاجة: مفهوم افتراضى يفترض خلف بعض المطالب (ولذا فإن كثيراً من العلماء يربط بين الحاجة Need والدافعية Motivation) التى تدفع الفرد إلى ضرورة إشباعها، سواء أكانت هذه الحاجات مرتبطة بالفرد ، أم مرتبطة بالمجتمع من خلال علاقاته بالآخرين .. ولابد من إشباع هذه الحاجات وإلا شعر الفرد بالتوتر.

والخلاصة أن هذه الحاجات قد تكون :

أ – **فسيولوجية** : أى مرتبطة بالجسم وببقاء الفرد .

ب– **اجتماعية** : أى مرتبطة بطبيعة علاقة الفرد بالمجتمع الذى يعيش فيه .

٣– الرفض :

وهو عادة ما يكون رفض الشخص وعدم تقبله لا سيما من قبل الوالدين؛ لمخالفة الفرد لمعايير الأسرة (التى ينتمى إليها)، علما بأن الوالدين لا يلجئان إلى الرفض إلا بعد استنفاذ كافة الحيل والطرق، والتى تهدف إلى إصلاح الفرد .

٤– النبذ :

وهو عبارة عن نبذ الفرد وعدم تقبله أو الدخول معه فى حوار ديالكتيكى إنسانى متكامل ، ووضع كافة العقبات فى طريق الفرد، ومحاولة عزله وإخراجه من دائرة (النحن) .

ولسنا فى حاجة إلى التأكيد بأن عقبتى (الرفض / النبذ) من أكبر العقبات التى تواجه المدمن، وتكونان من أكبر الأسباب التى تدفعه إلى الانتكاس ؛ فما دام الآخرون يرفضوننى وينبذوننى.. فلابد أن أبادلهم المشاعر نفسها بل قد يصل الأمر إلى تدمير الفرد لذاته من جراء ذلك .

حاجات الإنسان :

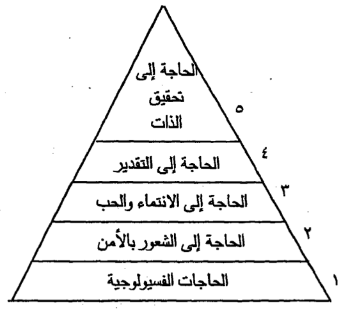
يقضى الإنسان ، طفلا وراشدا ، أربعا وعشرون ساعة كل يوم فى إرضاء حاجاته أو محاولة إرضاء هذه الحاجات.. وحاجات الإنسان قد تكون : جسدية – اجتماعية – نفسية – شخصية .. وأن هذه الحاجات تدفع الفرد دفعًا إلى ضرورة إشباعها، وإلا كابد من مشاعر جد مؤلمة (قد تؤدى إلى هلاكه!) .

ويتفق معظم علماء النفس على أن البشر يسعون باستمرار لتحقيق حالات من الاتزان والثبات النسبى للمحافظة على بقائهم البيولوجى السيكولوجى ، وللقيام بهذه المهمة لابد من العمل على إشباع هذه الحاجات .

وهذه الحاجات قد تكون :

أ – أولية : مثل الحاجة إلى الطعام – الماء – الهواء – الإخراج – الجنس .

ب– ثانوية: مثل الحصول على المعرفة والسعى وراء الجمال والقيم المطلقة (الخير / العدل / الحق) .



(شكل هرمى يوضح تصنيف الحاجات وفقا لنظرية ماسلو) .

وهناك تصنيف آخر للحاجات، قدمه عالم النفس إبراهام ماسلو للدوافع والحاجات ، جعله على شكل هرم ؛ إذ توجد أهم الحاجات عند القاعدة ، وكلما أشبع الإنسان مستوى معيناً من الحاجات يختفى هذا المستوى، ويرتقى إلى إشباع جانب أو مستوى آخر من الحاجات أو الدوافع (من وجهة نظر إبراهام ماسلو أن لا فرق بين الحاجات والدوافع!) ؛ فالحاجات التى يريد الفرد إشباعها تأخذ لدى ماسلو الأشكال (أو المستويات) الآتية :

١- الحاجات الفسيولوجية :

هذه الحاجات لابد للفرد من إشباعها حتى يستطيع أن يستمر فى الحياة . وهذه الحاجات الفسيولوجية : الجوع / العطش / الإخراج / التنفس / الجنس، علماً بأن هذه الحاجات مشتركة بين الإنسان والحيوان .

٢- الحاجة إلى الشعور بالأمن :

وهى التى تتضح فى سعى الفرد المستمر أن يقيم علاقات آمنة مع الأشخاص الآخرين، ومحاولة تجنب الأفراد الذين يثيرون الفزع والرعب أو النبذ الاجتماعى .

كما أن الحاجات الأولية لابد من إشباعها فى جو من الأمن (كما أن الله سبحانه وتعالى قد أمرنا أن نعبده، بعد أن تكفل للإنسان بتوفير مطالبه الفسيولوجية «فليعبدوا رب هذا البيت الذى أطعمهم من جوع وأمنهم فى خوف» (سورة قريش) .

٣- الحاجة إلى الانتماء والحب :

بعد أن يشبع الإنسان مطالبه الفسيولوجية المتعددة فى جو من الأمن والطمأنينة، يسعى إلى إقامة علاقات حبٍ مع الآخرين (والحب هنا بالمعنى الشامل وليس مقصوراً على المعنى الشهوى أو الشبعى فقط)، وإنما الحب بأوسع معانيه .

٤- الحاجة إلى التقدير :

ونعنى بهذه الحاجة سعى الفرد المستمر إلى أن يكون موضع رعاية وتقدير عند الآخرين . ولن يتأتى ذلك إلا بأن يلتزم الفرد بما يلتزم به الآخر .

٥- الحاجة إلى تحقيق الذات :

ونعنى بها أن يتعرف الفرد ميوله وإمكاناته المختلفة، وأن يفتح الطريق أمام هذه الإمكانات لكى تنطلق، وأن يصل الفرد إلى درجة الخلق والابتكار أو بالمعنى الصوفى «يترك الحياة أفضل ممن عاشها» .

(علماً بأن الشكل الهرمى السابق ينطبق على الأفراد، كما ينطبق على الدول والمجتمعات فالدول الفقيرة مشغولة بإشباع الجانب الفسيولوجى والأمنى على عكس الدول الكبرى والغنية والمشغولة بمدى تقديرها عند الآخرين، وإشباع الحاجة إلى تحقيق الذات من خلال اختراق عوالم جديدة «الفضاء» وكافة الاختراعات!) .

وسوف نقصر حديثنا على الرغبة الأصلية لدى الفرد فى أن يكون محبوباً وحاصلاً على التقدير والاعتراف من قبل الآخرين (خاصة عن المدمن) .

ولكن : ما الذى يجعل الآخرين يرفضوننا (الرفض الوالدى خاصة) :

الأسرة هى الأساس فى اكتساب الفرد عادات وتقاليد المجتمع .. ورغم تقلص دور الأسرة فى المجتمعات الحديثة نظراً لوجود عديد من المؤسسات التى أصبحت تقوم بأدوار الأسرة من قبيل دور الحضانة والمدارس ووسائل الإعلام وغيرها .. إلا أن كل هذه المؤسسات لا يصل وجودها إلى درجة إلغاء دور الأسرة .

ويعد الأب النموذج أو المثل الأعلى الذى يحتذى به الولد ، وكذا الأم بالنسبة للبنت (بغض النظر عن عقدة أوديب وإليكترا ومشكلةالتوحد Identification مع النموذج الوالدى – كما قال بها فرويد وأنصاره) .

ووجود فرد مدمن فى أسرة ما هو إلا ترمومتر أو مؤشر صادق لوجود خلل – أو عدم وجود خلل بصورة حادة – فى هذه الأسرة .. ولذا فإن (بعض) الأسر تسارع إلى رفض ابنها (المدمن)، وإلقائه فى مصحة أو سجن وعدم الاهتمام به لدرجة تصل إلى تجاهله تماما أو التبرؤ منه .

صحيح أن أسرة المدمن حين يلقاها أى عضو من أعضاء الفريق العلاجى للإدمان (الطبيب النفسى / الاختصاصى النفسى / الاجتماعى / المرشد الدينى / التأهيلى)، تأخذ فى إيراد عديد من المبررات، محاولة نفى (التهمة) عنها إلا أننا حين نضع يدنا على موطن الداء، الذى قاد «الشخص» إلى هوة الإدمان نجد فى الغالبية أن : الإهمال الأسرى أو التدليل الزائد أو إشباع كافة مطالب الفرد (دون تعويده درجة من الإحباط !) أو عدم الرقابة أو التضارب فى التربية أو الطلاق الأسرى (البدنى والنفسى – والمعنى واضح) ... كل هذه العوامل وغيرها تمهد التربة الخصبة لنمو مرض الإدمان .

كما أن العلاج الحديث للإدمان يقتضى أن تعى الأسر طبيعة الإدمان، وأن هناك علاجا نفسيا يسمى «العلاج الأسرى»، وأن على الأسرة أن تتعلم كيف تتعامل

مع ابنها المدمن .. إلا أن عديد أمن الأسر يرفض (بطريقة شعورية وكثيرا بطريقة لا شعورية) فكرة المشاركة مع الفريق العلاجى (فالابن هو المدمن ولسنا نحن !) .

ومن هنا.. تلجأ عديد من الأسر إلى رفض ابنها المدمن (طالما سيدخلها فى متاهات مع الآخرين)، ولا شك أن الرفض هذا من جانب الأسرة لعضوها المدمن يكون شعوراً جد مؤلم بالنسبة للمدمن، وقد يدفعه إلى الانتكاس .

ما الذى يجعل الآخرين ينبذوننا (النبذ العام المجتمعى) ؟

لعل العقبة الثانية التى يواجهها المدمن هو كيفية مواجهته لنبذ المجتمع له (بعد أن أصيب فى مقتل برفض الوالدين – خاصة – له) . ولعل سعى الفرد لأن يكون موضع حب وتقدير من قبل الآخرين (هذه حاجة لا خلاف عليها) .. إلا أن بعض الأفراد فى كل المجتمعات كانوا موضع استهجان من قبل الآخرين، وفقا لعديد من المعايير .. فالفرد الذى يسرق أو يزنى أو يقتل أو ينصب، لا شك أنه يكون موضع استهجان وسخط من قبل الجمهرة والغالبية من أفراد المجتمع .

كما أن النظرة الاجتماعية والأخلاقية للإدمان وللمدمن لم تتغير؛ فالمدمن وفقاً للنظرة العامة ما هو إلا شخص «مجرم»، وليس «مريضا» يستحق الرعاية والاهتمام . (ولعل القراءة المتأنية فى التراث السيكولوجى لنظرة المجتمعات إلى المرضى العقليين (المرض النفسى والعقلى) ترينا كم احتياجات البشرية إلى كثير من العقود والخبرات المخلصة حتى نال أخيرا (وإن لم يكن بدرجة كافية المرضى النفسيين والعقليين التقدير اللازم) .

ومن هنا.. فإن نبذ الآخرين للمدمن ينبع من :

١– إن المدمن غير ملتزم بالمعايير Norms .

٢– غير ملتزم بمبادئ الدين القويم .

٣– أن الإدمان دمار للنفس والجسم (بالنسبة للمدمن) .

٤– إن الإدمان دمار للآخرين (خاصة الأسرة) .

٥– أن المدمن لا يثق فيه الآخرون؛ ولذا فإنه لا يشارك فى برامج التنمية، وينحدر من طاقة مبدعة خلاقة (قبل أن يدمن) إلى شخص أقرب إلى الحطام، يثير الأسى والفزع لكل الآخرين .

(ولذا فإن الدول التى تقدر قيمة الفرد ترصد العقول والأموال لدراسة ظاهرة الإدمان والحفاظ على أغلى ما يمتلكه أى مجتمع، ألا وهم : الشباب ، نصف الحاضر وكل المستقبل) .

ومن خلال تعاملى مع المدمنين، وجدت أن أكبر مشكلة تواجه المدمن فعلاً عقب خروجه من المستشفى، هو كيفية التعامل مع (رفض الأسرة ونبذ المجتمع الكبير له).

ولا شك أن شعور الرفض / النبذ شعوراً مؤلما، ولا خلاف على ذلك .

كيف يواجه المدمن مشاعر الرفض والنبذ ؟

من أهم مشاكل المدمن استخدامه عديد من الميكانيزمات الدفاعية والتى تعوق استبصار المريض بمأساته، وعلى المدمن لكى يواجه هذه المشكلة «الرفض / النبذ» أن يعى الحقائق الآتية :

١- أنه هو السبب فى الإدمان وليس الآخرين .

٢- أنه هو الذى تغير ودمر نفسه، بل ودمر معه الآخرين .

٣- أنه قد خان الثقة التى منحها له الآخرون (خاصة الأسرة / العمل) .

٤- أنه سبب آلاما نفسية واجتماعية - وقد تكون جسدية - للآخرين خاصة أفراد أسرته .

٥- وليعلم المدمن - أخيراً - أن الآخرين إذا كانوا قد منحوه الثقة لفترة طويلة من الوقت.. فإنهم أيضا لم يكتشفوا إدمانه إلا بعد فترة طويلة (قد تصل إلى سنوات)، وفى هذه الفترة كم كذب وكم سرق وكم برر عديداً من الأخطاء ، وكم استغل جهل أسرته بعلامات الإدمان .. لذا فأن استعادة القبول من قبل الآخرين لا شك أنه يحتاج إلى مزيد من الوقت .

والأهم أن يثق المريض فى نفسه أولا وأن يعلم أن مرحلة الشعارات (من قبيل القسم بأنه قد أقلع ... إلخ) قد انتهت، وأن عليه أن يحول هذه الشعارات إلى واقع تطبيقى فعلى .

وأخيراً .. فإن العلاج الحقيقى للإدمان - ومشاكله - لابد أن ينبع من رغبة الفرد الصادقة، وأن ينظر إلى داخله وسوف يجد الأمل والإرادة ما زالتا فى داخله، وليتوكل على الله - قبل كل شىء - وليستفز كل قدراته الكامنة .

الوصايا العشر التي على المدمن اتباعها، عند تعرضه لاحتمال الانتكاس

١- الإيمان والصلاة :

إن الإيمان وإتباع شعائر الدين وصلاة الجماعة وحضور الندوات الدينية من وسائل الدعم الأساسية، التى تساعد المدمن على مواجهة الانتكاس، وإبعاد شبحه المخرب عن نفسه .

٢- مقاومة الوحدة بنشاط :

إن الوحدة سم زعاف يقتل التعافى ، والإنضمام إلى جماعة المدمنين المجهولين والأصدقاء الأصحاء والصلاة فى المسجد يساعد فى تجنب المدمن هذا الخطر . وعلى المدمن أن يفرق بين الخلوة والوحدة – فالخلوة اختيار إيجابى يلبى حاجة كل إنسان إلى الخصوصية .. أما الوحدة فهى حالة سلبية، تمزق وشائج الصلة بين الفرد ومجتمعه . فالتعافى يعتمد فى المقام الأول والأخير على الشخص نفسه؛ إذ عليه أن يتحمل مسئولية تكوين علاقات اجتماعية لها وزنها ومثيرة لاهتمامه .

٣- الحذر من أقنعة الإنكار :

إن من الحيل التى يظهر بها الإنكار أن يخص المدمن مادة واحدة بأنها تسبب الإدمان ، ويجيز لنفسه استخدام مادة أخرى لا يقل ضررها عن الأولى، قائلا بأنها أقل خطورة ، فيترك الخمر ليتعاطى المنومات وهكذا .

٤- استغلال الإرشاد الأسرى :

لقد صدق من قال إن إدمان الخمر والمخدرات هو إدمان الأسرة ، لأن الإدمان يهز كيان الحياة الأسرية ويترك فيها جراحاً غائرة لا تلتئم إلا بصعوبة وبعد وقت طويل . فكل فرد من أفراد الأسرة يعانى من خبرة المدمن حتى لو لم يكن مدمناً ويحتاج إلى مساعدة خلال عودة المدمن إلى التعافى ، كما يحتاج أفراد الأسرة إلى بذل جهد لا يقل عن الجهد الذى يبذله المدمن .

إن مواجهة المشاكل الأسرية وحلها من الأمور الجوهرية فى علاج المدمنين.. وعلى المعالجين بتبصير الأسرة بأن المدمن ليس الوحيد المحتاج إلى علاج .

٥- اكتشاف أهداف فى الحياة ، فى العمل أو غيره والسعى لتحقيقها :

إن التوقعات الخاصة بالعمل كثيراً ما تسبب الخلط والتشويش؛ لأنها تشمل كمًّا كبيراً من الحاجات بدءاً بإدراك الهوية الذاتية وانتهاء بضرورة كسب المال ، وهذه كلها توقعات شخصية.. لذلك على المدمن التائب أن يدرك بوضوح الهدف من قيامه بالعمل أو بالوظيفة، وأن يدرك كل ذلك بصورة واقعية ، لأن عدم الوضوح يولد السخط، ويولد الانتكاس .

٦- تعلم الوسائل التى تساعد على تخفيف الضغوط النفسية :

على المدمن المتعافى أن يتعلم الوسائل الخلاقة للتعامل مع الضغوط النفسية، التى لم ولن تخلو منها الحياة بدلاً من محاولة التخلص منها؛ لأن تراكم الضغوط يفجر الانتكاس . ومن أفضل وسائل تخفيف الضغوط التحدث عنها للشخص المناسب، وفى المكان المناسب .. كما أن تعلم وسائل الاتصال بالآخرين بصورة أفضل فكرة طيبة للعمل فى هذا الاتجاه ، ويخطئ كثيرون؛ إذ يعتقدون أن على أصدقائهم وأسرهم الإحساس بحاجاتهم دون أن يفصحوا عنها بشكل واضح ؛ فالأسرة والأصدقاء لا يقرأون الأفكار، وإذا لم يعبر الفرد عن حاجته فليس ثمة وسيلة يدركونها بها .

إن النشاط البدنى من وسائل تخفيف الضغوط ، وكذلك الألعاب البناءة والهوايات المختلفة وفنيات التنفس والاسترخاء .. وكل هذه الوسائل تحتاج إلى الانضباط وتوفير الوقت علماً بأن الجهد المبذول لتحقيقها ليس ضائعاً . وعلى كل مدمن تائب أن يكتشف الوسيلة التى تناسبه، ويتطلب البحث عن الوسيلة الجسدية فى السعى .

٧- عند الخوف من الإنتكاس ليتحدث الشخص مع صديق أمين :

إن الإفصاح عن هذه المخاوف خير دواء لها، وإخفاؤها يسرع بالانتكاس .

٨- إذا كان المدمن المتعافى الآن عضواً فى جماعة «المدمنين المجهولين» :

فليستعن بالمرشد فى العودة إلى الخطوات ٤ ، ٥ ، ١٠ .

٩- ليتعلم المدمن المتعافى الآن كيفية التعامل مع الغضب :

الغضب والاكتئاب جزءان من حياتنا اليومية ومواجهتهما تتم بطريقتين :

أولاً : تعرف أسباب الغضب والاكتئاب .

ثانياً: التعامل مع هذه الأسباب ، إن معظم وسائل تخفيض التوتر التى سبق ذكرها تخفف الغضب والاكتئاب ، ولا ينتظر الفرد أن يسعى الناس إليه ، وإذا أراد تعلم هذه الوسائل فليطلب ذلك من المعالجين .

١٠- الحرص على عدم الإفراط فى الطعام أو استعمال المنبهات .

إن الإفراط فى استخدام الحلويات والقهوة والشاى والسجائر يساعد على الانتكاس لما يسببه من قلق وتوتر .

ماذا نفعل لكى نتغلب على مرضنا :

لكى نستطيع أن نقف أمام مرضنا بكل ثقة واقتدار، علينا أن نأخذ فى اعتبارنا هذه الجوانب :

(أ) الجانب الدينى :

١- الاعتماد على الله سبحانه وتعالى وتسليم الأمر إليه وطلب المساعدة منه .

٢- زيادة الاتصال بالله سبحانه وتعالى، عن طريق وضع برنامج أو خطة دينية، يجب التقيد بها بقدر المستطاع (كالصلاة ، قراءة القرآن ، الدعاء ... إلخ) .

(ب) الجانب النفسى :

١- علينا أن نتعرف أنفسنا أكثر .

٢- علينا أن نتعرف كل الأسباب التى أوصلتنا لما نحن فيه .

٣- علينا أن نواجه أنفسنا بكل صراحة وصد ق وموضوعية .

٤- علينا أن نجد من نثق به ليتحدث عن مشاعرنا ومشاكلنا بكل حرية .

٥- علينا أن نثق فى أنفسنا وقدراتنا.

٦- علينا أن نضع لنا أهدافا فى الحياة نسعى لتحقيقها .

٧- علينا ألا نجعل اليأس يسيطر على مجريات حياتنا .

(جـ) الجانب الأسرى :

١- حاول أن تشعر أسرتك أنك إنسان جديد، ولا تتوقع منهم أن يصدقونك من المرة الأولى أو حتى الرابعة .

٢- ابتعد بقدر المستطاع عن جميع الأشياء التى قد تؤدى إلى التصادم مع الأسرة .

٣- اعمل كل ما تستطيع لترضى عنك أسرتك مثل تلبية احتياجات الأسرة .

٤- شارك أفراد الأسرة وبفعالية فى جميع المناسبات .

٥- تحدث وناقش مشاكلك مع أسرتك وبكل هدوء وثقة ، وحاول أن تفهم أسرتك حقيقة مرضك .

(د) الجانب الاجتماعى :

١- شارك المجتمع أفراحه وأحزانه .

٢- حاول وضع نفسك متهيأ ومستعداً لأسوأ احتمال ، يمكن أن تتعرض له فى حياتك اليومية أو فى المستقبل .

٣- لا تضخم الأمور أكثر من حجمها، بل كن واقعيا ومتفائلا .

٣- عند إقدامك على عمل ما أو إصدار قرار ما استشر من تثق فيه .

٥- لا تجعل للفراغ أى مكان فى حياتك .

كيف تتعامل مع الهاجس (الشوق)

١- عند ورود الهاجس (الشوق)، علينا أولا أن نشغل أنفسنا بأى فكرة أخرى أو عمل آخر، وإذا لم تستطع أن تتغلب على هذا الهاجس.. علينا أن نتذكر أن المخدر لن يحل مشاكلنا بل سيعقدها، وأنه سبب جميع المشاكل التى نعانى منها .

وإذا انتابنا الخوف والقلق من الرجوع إلى المخدر.. بادر بالاتصال فورا بأحد الأصدقاء المتعافين، واطلب المساعدة، وإذا لم تتمكن فلا تتردد فى مراجعة الرعاية اللاحقة .

٢- علينا أن نبتعد عن كل ما له صلة بالمخدر .

٣- علينا أن نكرر دائما رغبتنا وعزمنا فى ترك المخدر بشكل يومى .

٤- علينا أن نعيش يومنا وكأنه اليوم الأخير فى حياتنا .

الجانب الطبى :

١- علينا ألا نستعمل أى عقار ما دون استشارة الطبيب .

٢- علينا ألا نفرط فى استعمال الأدوية .

اعتراف مدمن

المدمن الأول (بألفاظ وتعبيرات أحد المدمنين نفسها) .

« ... نعم هأناذا أعترف بأننى قد تعبت من دنيا الأحلام والتمرد على الواقع لقد إنهارت كل قوتى وأصبحت وحيداً كقطعة خشب فى بحر تتقاذفه الأمواج فى كل ناحية والعاصفة تهدم بيتى دون أن أقدر أن أفعل أى شىء . نعم لقد تحطمت حياتى ووقعت فى بئر أسود لا أستطيع الخروج منه وكل يوم يمر على يموت شىء فىّ وأنا صابر على شىء من الأمل . بينما السوس ينخر فى نفسى وأحاسيسى ليجعلنى إنسان بلا أمل فى الحياة يهدد كل شىء أحببته ويسلبنى حريتى ليجعلنى أسير إليه ولا أستطيع أن أفعل أى شىء لأنه يكبلنى بأغلالا من حديد كم هى ثقيلة هذه الأغلال التى دمرت حياتى وزلزلت كيانى وجعلتنى سجين نفسى وحبيس أفكارى التى يمليها علىّ دون أن أتخذ فيها قرار . أنا آسف على نفسى وأنا أطيع هذا المخدر لأنه السيد وأنا العبد المنفذ لأوامره ورغم أن الوهم الكبير الذى عشت فيه وحين أفقت منه رأيت الحقيقة المرة التى حطمت حياتى وقد ضاع عمرى فى وهم وسراب فصحت بأعلى صوتى : أدركوا ما تبقى من حياتى لأعيش حراً دون قيود وأغلال تجرنى إلى أسفل البئر الأسود» .

المدمن الثانى: (اعترافات مدمن بألفاظه نفسها ودون تدخل من الباحث) .

« ... كلنا نوجه اللوم إلى المدمن ونسأله لماذا أدمنت ؟ لماذا دمرت نفسك ؟ ما الذى دفعك للقضاء على أسرتك ؟ بيدك هدمت مستقبلك وقضيت على أحلامك كل هذا لماذا ؟ دون أن نكلف أنفسنا ولو مرة واحدة بمعاتبة الأشخاص الذين هم السبب الرئيسى فى إدمان هذا المسكين وانحرافه فى دوامة هذا التيار المدمر . كثير من الناس يرجع سبب إدمان أغلبية الأشخاص إلى أصدقاء السوء . نحن نعترف بصحة هذا الكلام ولكن من الذى وضع هذا المدمن فى قبضة أصدقاء السوء ، أليس هو الأب فبسبب إهماله لابنه وعدم مراقبته له والتعرف على أصدقائه جعل فلذة كبده فريسة سهلة فى شباك أصدقاء السوء .

والبعض يرجع سبب الإدمان إلى المشكلات النفسية التى يعانى منها المدمن بسبب الخلافات المستمرة بين الوالدين مما يدفع الابن إلى الخروج المتكرر للتنفس عن متاعبه.. لكنه يجد بأن الخروج لا يفيد فى شىء فيقرر الانتحار.. ولكن بأسلوب خاص وهو الإدمان على المخدرات، اعتقاداً منه بأنه بهذا الشكل سوف ينتقم من

أسرته ويستريح من مشكلاته لأنه عاش فى جو ملئ بالمشاكل وخالى تماماً من الحنان والرعاية التى يحتاجها كل ابن .

وهناك آخرون يرجعون سبب إدمان كثير من الأبناء إلى كثرة وقت الفراغ لديهم وتوفر المال الزائد مما سمح لهم السفر إلى الخارج فى سن مبكرة ومن دون رقيب حيث أنهم يسافرون من غير علم الأب الذى لم يحاول أن يشغل نفسه بعناية ابنائه ومراقبتهم والكشف عن مواهبهم وتنميتها عندهم وإشغال الفراغ بأشياء تعود عليهم بالنفع وإنما أكتفى بإعطائهم المال الذى يمكنهم من السفر للخارج وتعاطى المخدرات هناك اعتقاد منه بأن هذا المال هو الذى سوف يصنع منهم رجالاً ويسعدهم وليس مراقبته وعنايته لهم . ولهذا فإنه قبل أن نقوم بلوم هذا المدمن المسكين ونوجه الأسئلة الكثيرة له يجب أن نعاقب هذا الأب الذى هو فى كل الأحوال السبب الرئيسى فى إدمان ابنه بل يفترض أن يسجن هو بدل من ابنه لأننا فى هذه الحالة سوف نوضح له خطئه حتى يتفاداه فى المستقبل ويستفيد منه غيره من الآباء المهملين ويكون ردعاً لهم ..

الفصل السادس

تمـــــارين
للوقايـــة من الانتكـــاس

التمرين الأول : كيف تتعرف العلامات المنذرة بالانتكاسة.
التمرين الثاني : بيان يومى مفصل بالصفات والخصائص الشخصية.
التمرين الثالث : فحص ذاتي .
التمرين الرابع : متى تعرف أنك تجابه شدة؟
التمرين الخامس : هل تواجه ضغوطاً فى عملك .
التمرين السادس : أسئلة وأجوبة لمريض انتكس، وكان فى فترة التأهيل .
التمرين السابع : التوتر : قائمة بالعلامات والأعراض .
التمرين الثامن : ماذا تفعل إذا شعرت بالقلق الشديد .
التمرين التاسع : الوصايا العشر للتغلب على مصادر القلق .
التمرين العاشر : التدريب على فهم الذات .
التمرين الحادى عشر : الفقد المهم جداً فى حياة الإنسان .
التمرين الثاني عشر : ثلاثية الهاجس الفكرى.
التمرين الثالث عشر : الانكسار : التعريف ، العلامات ، المواجهة .
التمرين الرابع عشر : التخطيط للوقاية من الانتكاسة
التمرين الخامس عشر : إدمان الكحول والمخدرات : إبقاء الفم فى حالة تجمد .
التمرين السادس عشر : معاونة المرضى لفهم أن الانتكاسة عملية إجرائية وليست حادثة.
التمرين السابع عشر : موضوعات محددة للمناقشة فى جلسات العلاج النفسى الجماعى.
التمرين الثامن عشر : نحو فهم أفضل للتعافى من مرض الإدمان .
التمرين التاسع عشر : استمارة استطلاع رأى المرضى حول المحاضرات التعليمية ضمن البرنامج اليومى .



الفصل السادس

تمارين للوقاية من الانتكاس

سوف نقدم فى هذه الصفحات نماذج من (التمارين) والتدريبات، التى يجب أن يقوم بها المدمن؛ حتى يعى جيدا كيف يتجاوز عن الاستمرار فى التعاطى، وبالتالى الانتكاس .

مع الأخذ فى الاعتبار أن هذه التمارين كان يقدمها كاتب هذه السطور للمدمنين إبان فترة العلاج والتأهيل .

التمرين الأول:

كيف تتعرف العلامات المنذرة للانتكاسة.

يجب أن تعى جيداً هذه العلامات :

١– الخوف المرتقب من السعادة والهناء .

٢– الانكسار .

٣– العناد وعدم الطاعة والامتثال .

٤– المحاولة الحثيثة فى فرض الطاعة والامتثال على الآخرين .

٥– اللجوء إلى التبرير والدفاع عن سلوكياتك (حتى وإن كانت خاطئة) .

٦– الفتور وضعف الهمة والكسل .

٧– عدم الاستمرار فى عادات معينة فى الأكل .

٨– الغضب بسهولة ولأتفه الأسباب .

٩– القلق من الأصدقاء .

١٠– التناقض والرفض المتذبذب (أى عدم الاستقرار على رأى محدد) .

١١– أمنيات (خيالية) لتحقيق السعادة .

١٢– الشعور المستمر بالإحباط .

١٣- الإغراق فى أحلام اليقظة (أى كثرة السرحان) .

١٤- خطة فاشلة لتحقيق أى هدف واقعى .

١٥- فقدان القدرة على التفكير البناء .

١٦- حالات من الاكتئاب .

١٧- النظرة الضيقة للأمور .

١٨- الميل إلى الوحدة والعزلة والابتعاد عن الآخرين (دون سبب) .

١٩- الإغراق فى الرومانسية .

٢٠- السلوك القهرى على فعل شىء ما .

٢١- اضطراب فى النوم .

٢٢- تطور سلبى فى فقدان استمرار النشاط اليومى .

٢٣- حالات من الاكتئاب الشديد (تنتاب الشخص) .

٢٤- عدم الانتظام فى حضور جلسات العلاج النفسى.

٢٥- السخط على كل شىء .

٢٦- رثاء النفس والشفقة عليها .

٢٧- الشعور بالضعف والاستسلام (للمخدر) داخلياً .

٢٨- رفض لتقبل أى مساعدة من الآخرين .

٢٩- الامتعاض دون سبب واضح .

٣٠- عدم الرضا والقناعة عن أى شىء .

٣١- الكذب (المتعمد) على الآخر .

٣٢- فقدان الثقة بالنفس .

٣٣- البدء فى التعاطى (ولكن يقنع أو سيقنع الفرد نفسه بأن هذا التعاطى، الذى سيقدم عليه سوف يكون تحت السيطرة) .

٣٤- وقف جميع الإجراءات العلاجية.

٣٥- فقدان القدرة – تماماً – على التحكم فى النفس من الأشياء .

التمرين الثانى :

بيان يومى مفصل بالصفات والخصائص الشخصية

يقوم بهذا التمرين الفرد المدمن، وقبل أن يأوى إلى فراشه.. حيث يتم استعراض أحداث اليوم بطريقة بناءة ، وهذه العادة ذكرت فى الإسلام كسلوك يجب أن ينهض به الفرد يوميا وهو فى فراشه، وقبل أن يستسلم للنوم «حاسبوا أنفسكم قبل أن تحاسبوا وزنوا أعمالكم قبل أن توزن عليكم». ولعل هذا التمرين – الذى يقوم به الفرد – يجعل حالة (التصالح) و(الالتحام الإيجابى) مع النفس ومع الآخر أكثر ، كما أنه يجعل حاسة (الشعور والإحساس بالآخر أكبر، ولذلك تقول الأمثال : (الإحساس نعمة) .. ومن ثم فإن (التعجيل) بإصلاح الخطأ أولا بأول يساعد على عدم (تراكم) (الحزازيات) مع الآخر .

وتقدم جماعة تدريب «المدمن المجهول» هذه القائمة من الصفات، التى من المفترض أن يراجعها المدمن، قبل أن يستسلم لسلطان النوم :

خصائص الشخصية السوية	خصائص الشخصية اللاسوية
– الإهتمام بالآخرين .	– الأنانية والاهتمام بالذات .
– الأمانة .	– المخادعة .
– الشجاعة .	– الجبن .
– الحذر .	– التهور .
– التواضع .	– التكبر .
– ماذا يمكن أن نفعل للآخرين .	– الجشع .
– رباط الجأش .	– الرغبة الجنسية الفورية .
– العمل وبإتقان .	– الغضب ودون سبب أو لسبب تافه .
– الاعتدال .	– الحسد .
– الصبر .	– الكسل .
– التسامح .	– النهم أو الشراهة .
– الصفح والعفو .	– ضيق الصدر .
– التعبير عن الحب للآخرين .	– التعصب .
– البعد عن الأنانية .	– الإستياء من كل شىء .
– الأعمال الخيرة .	– الأعمال الضارة .
– البساطة فى السلوك .	– الانشقاق على الذات .
– تحرير الذات .	– التبرير لأخطاء الذات .
– الثقة .	– إدانة الذات .
	– الشك (دوما فى الآخرين ودون دليل) .

التمرين الثالث:

فحص ذاتى

١- تواجه أمسية مملة أو نهاية أسبوع مملة، وتشعر بوحدة قاتلة ...

* تقرأ كتاباً .
* تتعاطى الماريجوانا .
* تذهب للتسوق .
* تتناول بعض الكحول .
* تلجأ إلى ممارسة هواية أو مشروع .
* تشاهد التليفزيون .
* تقوم برحلة قصيرة .
* تخرج لتناول الطعام .
* تتصل بصديق .
* أشياء أخرى (اذكرها) .

٢- أنت فى حفلة لا تعرف فيها إلا عدداً قليلاً من الناس، وتشعر بعدم الارتياح ...

* تتناول عقارا منبهاً .
* تعرف نفسك إلى غريب .
* تتحدث إلى شخص تعرفه .
* تبحث عن شىء تقرأه .
* تستمع إلى التسجيل .
* تتناول بعض أقداح الكحول .
* تبدأ لعبة فى الحفلة .
* تغادر الحفلة لبعض الوقت بقصد النزهة .

٣- تشعر بإحباط بسبب سلسلةمن نكسات، منيت بها أخيراً ...

* تنخرط بأعمال الخير .

* تراجع طبيبا أو مستشاراً .

* تتناول بعض الكحول وتسترخى .

* تشاهد بعض برامج التليفزيون الممتعة .

* تذهب لمشاهدة حدث رياضى .

* تتناول مخدراً حينما تشعر بأنك فى حال أفضل .

* تنظف بيتك تماماً .

* تبدأ هواية جديدة .

* تنضم إلى نادٍ أو منظمة .

* أشياء أخرى (اذكرها)

٤- تشعر بأنك قلق بشأن حدث مرتقب يؤثر فى مستقبلك ...

* تستعمل عقاراً مهدئاً .

* تبدأ باستخدام طريقة لاسترخاء عميق .

* تخطط للخروج فى نزهة مع العائلة أو الأصدقاء .

* تمضى بعض الوقت فى تمرينات.

* تشغل نفسك فى تدبير المنزل أو إصلاح البيت .

* تسترخى بتناول مشروبات روحية .

* تحدث شخصاً ما عن مشاعرك .

* تقرأ رواية أو كتاباً .

* تمضى يوماً فى المنتزه .

* أشياء أخرى (أذكرها) .

٤- تشعر بالغضب وبخيبة أمل نتيجة لجدل مع صديق حميم ...

* تطلق العنان لغضبك بطريقة شديدة .

* تعد لنفسك مشروباً روحياً.

* تتوجه وحيداً فى نزهة طويلة .

* تتعرف إلى ممارسة مهنة أو هواية .
* تزور عدداً قليلاً من الأصدقاء .
* تنصرف إلى التأمل .
* تجلس بهدوء وتفكر عبر مشاعرك .
* تتناول مخدراً مهدئاً .
* تعد وتطبخ وجبة طعام خاصة .
* أشياء أخرى (اذكرها) .

التمرين الرابع:

متى تعرف أنك تجابه شدة؟

عندما يتعرض المرء لحالة من الشدة أو الضغط.. فإنه قد يواجهها بقوله «شدة وتزول» ، ولكنه لا يدرك مدى تأثيرها عليه ولا مدى استمرارها لديه .. فكيف تكتشف الأمر؟

فيما يلى المظاهر العقلية والجسمية والانفعالية والسلوكية التى تنبئ بحالة الشدة.

ضع علامة (×) أمام المظهر المعين، إذا لاحظته فى نفسك .

اجمع العلامات وضع لكل علامة درجة واحدة :

المظاهر العقلية	المظاهر الجسمية
– عدم القدرة على التركيز .	– الشد العضلي.. أوجاع فى الظهر والكتفين.
– صعوبة اتخاذ القرار فى المسائل البسيطة .	– عرق باطن اليد .
– فقدان الثقة فى النفس .	– برودة اليدين .
– النسيان	– جفاف الفم والحلق .
– صعوبة اتخاذ حكم منطقى .	– الدوخة .
– الإحساس بأن الوقت يفلت منك .	– خفقان الصدر .
– التسرع في اتخاذ القرار .	– ارتفاع الصوت .
– التردد والتأجيل .	– الغثيان .. وجع فى المعدة .
– الاستعجال وعدم الاهتمام بالإتقان .	– ازدياد مرات التبول .
– التبرم من كثرة الأسئلة .	– الإسهال .
– محاولة عمل عدة أشياء فى وقت واحد.	– كثرة الحركة .
– فقر التصور والخيال .	– رعشة اليدين .
– المجموع .	– المجموع .

المظاهر الانفعالية	المظاهر السلوكية
- سرعة التهيج والغضب .	- زيادة التدخين .
- القلق .	- زيادة كميات الطعام أو نقصها .
- مخاوف لا أساس لها وفزع .	- زيادة النوم أو قلته .
- اليأس .	- قضم الأظافر .
- الإحساس بالعداوة .	- شد الشعر .
- الشعور بالذنب والندم .	- الانسحاب من المجتمعات .
- التشاؤم .	- إهمال المنظر أو الصحة .
- العدوان بلا مبرر .	- القيادة برعونة .
- الاكتئاب .. البكاء .	- التجهم .. الدق باليد .. اهتزاز الركبتين .
- الكوابيس .	- الحديث بلا انقطاع .
- تقلبات المزاج .	- السلوك القهرى (كالتسوق بلا هدف) .
- الخوف من الانتقاد .	- الغياب عن العمل ، أو الانهماك فيه .
- المجموع .	- المجموع .

المجموع الكلى للدرجات =

* المجموعة التى حصلت على أعلى درجة فيها بالمقارنة إلى بقية المجموعات هى نقطة الضعف، ويلزم التدريب على مجابهتها .

* إذا كان المجموع الكلى للدرجات = ١٥ فأقل، فأنت متكيف مع الشدائد التى تواجهها.

* إذا كان المجموع الكلى للدرجات ١٦ – ٣٢، فأنت تبذل جهداً زائداً للتكيف

* إذا كان المجموع الكلى للدرجات ٣٣ – ٤٠، فأنت متأزم وتواجه موقفاً عصيباً .

* إذا كان المجموع الكلى للدرجات ٤١ – ٤٨، فأنت فى حالة ضيق شديد وتواجه الانهيار.

التمرين الخامس:

هل تواجه ضغوطا فى عملك ؟

ضع علامة (×) أمام المواقف التى ترى أنك تواجهها فى عملك :

- تغير فى ممارسات العمل مما يستدعى اكتساب مهارات جديدة .
- تواجه فى كل يوم أموراً يجب البت فيها فوراً .

- نقص الفيدباك من القيادة حول الأداء .
- لديك مسئوليات كبيرة ولكن لا سلطة لك .
- عدم وضوح من هو المسئول عنك .
- طريقة الرئيس فى التواصل خشنة .
- نقص التواصل بشأن مشكلات العمل الرئيسية .
- غياب القيادة عند مواجهتك لأزمة .
- تصميم ونظام العمل غير ملائم .
- المكافآت التى تنالها عن عملك غير ملائمة .
- وضعك الوظيفى مهدد ، يمكن إنهاء عقدك فى أى وقت .
- عدم وضوح مجال العمل ومسئولياته أو أهدافه .
- توجد رغم أنفك فى عمل لا ترضى عنه .
- زملاؤك ليسوا على مستوى الكفاءة المطلوبة .
- تُغير الإدارة أسلوبها كل حين وآخر .
- دخول تغيرات تكنولوجية جديدة .
- عدد الاجتماعات التى تحضرها أكثر من اللازم .
- تتعدد الجهات التى تحس بالولاء لها .
- عمل غير ممتع لنقص الدافعية والحماس .
- عمل روتينى ممل متكرر أو لا معنى له .
- تفرض القيادة رأيها دون استشارة .
- لا تتناسب كمية العمل مع الوقت المتاح .
- الأدوات التى تستخدمها فى عملك رديئة .
- تنعدم الفرصة لتعلم أشياء جديدة .
- تضارب الأوامر والتعليمات .
- المرؤوسون لا ينفذون تعليماتك .

الدرجات = ١٣ فأقل .... ضغوط العمل مناسبة .

الدرجات = ١٤ – ٢٠ .... ضغوط العمل زائدة .

الدرجات = ٢١ – ٢٦ .... ضغوط العمل مجهدة .

التمرين السادس:

(عبارة عن أسئلة وأجوبة لمريض انتكس)
وكان فى فترة (التأهيل)

١– ما أهم الأشياء التى تسبب لك التوتر ؟

هناك بعض المنغصات التى قد تعترى الإنسان، وهى ضرورة حتمية اجتماعية كالخلاف الأسرى أو سوء تفاهم مع صديق أو زميل أو إشكال عارض مع جار عزيز أو خطأ فى المجال الوظيفى غير مقصود أو التزام مالى، لم تستطع الوفاء به أو طلب عائلى للقيام برحلة استجمام لا تملك تكاليفها وسبق أن التزمت لهم بذلك .

٢– كيف تعرف بداية حدوث الشعور بالتوتر (أو ما الأحاسيس أو التغيرات الجسمية التى تحدث لك) ؟

الشعور بالحرج إن كنت المتسبب بما أدى إلى التوتر، يبدأ بعدها إفراز عرقى ناتجاً عن الندم.. إنشغال ذهنى يجعلك تفقد الاستقرار بمكان واحد مصحوب بفقدان للشهية والإكثار من التدخين وبعصبية، مع الامتناع عن ممارسة بعض الأعمال التى كنت تؤديها ولو كانت ضرورية .

٣– ما الطرق التى وجدتها مفيدة فى التعامل مع التوتر ؟

أداء الصلاة وتلاوة القرآن والابتهال إلى الله .

بالضغط على النفس تحاول إشغال نفسك ببعض الهوايات كالصيد على الشاطئ أو تنسيق حديقة المنزل أو تغيير المكان، إن تيسر ذلك، ولو لفترة وجيزة مع محاولة إيجاد حل جذرى لأسباب هذا التوتر .

٤– هل فى اعتقادك أن استعمالك الكحول أو المخدرات مرتبط بالتوتر ؟

اللجوء إلى المخدرات أو الكحول سبب رئيسى فى كل ما يعترى الإنسان من قلق وعصبية واضطراب فى المزاج والسلوك وحدة التعامل مع الآخرين ويجر إلى كثير من الويلات على متعاطيها ومن يحتك بهم . بعكس ما يشاع بأنها مهرب

ومدخل إلى النسيان والراحة المنشودة . وكذبت المقولة التى تعتبر أن تناول هذه السموم مقبرة للأوهام والهموم .

٥- اذكر خمس طرق كنت تواجه بها التوتر قبل العلاج ؟

من مفهومى الخاص أن الطرق التى يواجه بها الإنسان التوتر لاتقاس بالكم من الطرق؛ لأن عوامل التوتر كثيرة.. وكما أسلفت لكل حالة انفعال سبب ومسبب ولكل حالة علاج وما اللجوء إلى تعاطى الكحول سوى نزوة عابرة، لا تعالج توتراً ولا تحل مشكلة بل تزيد الأمور تعقيداً فى أغلب الأحيان.. وتناول هذا الكحول قد يجعل من الإنسان خاملاً مشلول الحركة الذهنية، لا يقوى على أبسط طرق مواجهة ما قد ينتابه من التوتر والقلق .

٦- اذكر أربع طرق لمواجهة التوتر تعلمتها أثناء العلاج ؟

بلا تحديد طرق معينة، وجدت أن أفضل الطرق لمواجهة التوتر هى كما أسلفت سابقاً، وأن مجاهدة النفس ومقاومة وسوسة الشيطان والابتعاد عن جلساء السوء مصحوبة بتوفيق من الله هى أنجح الطرق.. وقد كان رسولنا صلى الله عليه وسلم، إذا حزمه أمر لجأ إلى الصلاة.. فهى العلاج الحقيقى لكل ما قد يتم بالإنسان فى هذا العصر المضطرب، والذى تحيط به المخاطر بنا من كل جانب .

٧- ما الطريقة التى كنت تستعملها بعد خروجك من المستشفى ؟

لم يسبق لى دخول هذا المستشفى قبل هذه المرة، وأملى بالله كبيراً أن تكون الأخيرة ،وأن أعود إلى أسرتى ومجتمعى إنساناً سوياً ومواطناً صالحاً وعضواً فعالاً كما يجب .

٨- ما الطريقة التى كنت تستعملها عندما حدثت الانتكاسة ؟

أرجوا ألا تحدث انتكاسة لأنها الطريق إلى الهاوية والضياع والعبرة لمن يعتبر .

التمرين السابع:

أ - التوتر

(قائمة بالعلامات والأعراض)

التوتر هو استجابة أجسامنا الكلية :

- بدنيّـــــــا .
- عاطفـــــــياً.
- ســــــــلوكياً.
- وفكـــــــرياً.

لحدث أو وضع تواجه فيه (تهديداً) .

لمساعدتنا فى تقييم فيما إذا كنا نعانى من التوتر علينا أن نبحث عن العلامات والأعراض التالية :

بدنيّـــــــا

التعب	شد العضل
الصداع	فقدان الشهية أو زيادتها
آلام المعدة	تعرق راحة اليد
الأرق	برودة اليدين / القدمين
نقص الوزن	قصر النَفس
آلام الظهر	ارتفاع ضغط الدم

عاطـــفياً

الإحباط	سرعة الغضب والانفعال
الغضب	فقدان احترام الذات
الهم	الحزن
القلق	العجز

سلوكيًا

الصراخ	البكاء
الإفراط فى التدخين	الإفراط فى تناول الكافيين
الانقطاع عن الأصدقاء/ الأقارب	تعاطى المخدرات

فكريًا

التشوش	البطء فى التفكير
تسارع وتخبط الأفكار	صعوبة اتخاذ القرار
قلة التركيز	نقص مدة الانتباه
فقدان الذاكرة	

ب- الطريقة المعدلة والتدريجية للاسترخاء العضلى

* اجلس على كرسى ذى دعامة للرأس ، أو أسند الكرسى بالحائط .
* شد مجموعة العضلات المعينة لمدة خمس ثوان .
* كرر كل خطوة مرتين .
* أرخ كل مجموعة عضلات على نحو تام قبل شد المجموعة التالية .

١- أطبق قبضة يدك اليسرى بإحكام : لاحظ التوتر فى اليد والساعد : استرخ .

٢- أطبق قبضة يدك اليمنى بإحكام : لاحظ التوتر فى اليد والساعد : استرخ .

٣- اثن الذراع اليسرى نحو الأعلى عند الرسغ بحيث تتجه الأصابع نحو السقف : لاحظ التوتر خلف اليد والساعد : استرخ .

٤- اثن الذراع اليمنى نحو الأعلى عند الرسغ بحيث تتجه الأصابع نحو السقف : لاحظ التوتر خلف اليد والساعد : استرخ .

٥- المس الكتفين بأصابع يديك : لاحظ التوتر فى الكتفين : استرخ .

٦- هز كتفيك وارفعهما بالقرب من أذنيك : لاحظ التوتر : استرخ .

٧- جعّد جبينك : لاحظ التوتر : استرخ .

٨- أغلق عينيك بإحكام : لاحظ التوتر : استرخ .

٩- اضبط لسانك على سقف الحلق : اثبت قليلاً على هذا الوضع : استرخ .

١٠- زم شفتيك بإحكام : اثبت قليلاً على هذا الوضع : استرخ .

١١- ادفع رأسك نحو الخلف : لاحظ التوتر : استرخ .

١٢- ادفع رأسك نحو الأمام بحيث تغمر ذقنك فى صدرك : استرخ .

١٣- إذا لم تكن تعانى من أى آلام فى الظهر : قوس ظهرك بعيداً عن ظهر الكرسى ، وادفع بذراعيك نحو الخلف : اثبت قليلا على هذا الوضع : استرخ .

١٤- خذ نفساً عميقاً : احبسه : ازفر الهواء واسترخ .

١٥- خذ نفسين عميقين واحبسهما ثم ازفرهما .

١٦- اضغط معدتك نحو الداخل حتى تصل إلى عمودك الفقرى : اثبت على هذا الوضع : استرخ .

١٧- شد عضلات المعدة : لاحظ التوتر : استرخ .

١٨- شد ردفيك ، دافعاً إياهما على الكرسى : اثبت على هذا الوضع قليلاً : استرخ .

١٩- إذا كنت تعانى من آلام فى الظهر ، نفذ التمرين فى رجل واحدة كل مرة . وإلا ، شد عضلات الفخذين ومد رجليك على نحو مستقيم : اثبت على هذا الوضع : ارجع رجليك إلى الوضع الأصلى واسترخ .

٢٠- إذا كنت تعانى من آلام فى الظهر ، نفذ التمرين مع قدم واحدة كل مرة . وإلا ، وجه أصابع قدميك نحو الأعلى باتجاه الوجه ورجلاك ممددتان : لاحظ التوتر فى بطنى الرجلين والقدمين : اثبت على هذا الوضع : استرخ .

أعطيت هذه التعليمات لوضع الجلوس ومع ذلك ، يمكن تكييفها بسهولة لوضع الاستلقاء ، وتستخدم الاسترخاء قبل الذهاب إلى النوم .

هذا التمرين مناسب؛ خاصة إذا كنت تشعر أنك تسرع كثيراً فى ممارسة طرق الاسترخاء الأخرى .

جـ- تمرين استرخاء ناشئ بفعلك

اجلس فى وضع مريح واضعاً ذراعيك إلى جنبيك وممدداً رجليك ومغلقاً عينيك.

خذ نفساً عميقاً وازفره ببطء (ببطء شديد) .

ردد كلاً من العبارات التالية ببطء خمس مرات، مع تنفس عميق بطئ (٤ – ٦) أنفاس بالدقيقة :

شهيق	زفير
أ – أنــا	مسترخ
ب– ذراعاى ورجلاى	ثقيلتان ودافئتان
جـ– ضربات قلبى	هادئة ومنتظمة
د – تنفسى	سالك وسهل
هـ– بطنى	دافئ
و – جبينى	معتدل البرودة
ز – ذهنى	هادئ وساكن
ح – أنــا	مسترخ

مارس هذا التمرين ثلاث مرات يومياً .

عندما تشعر بالتوتر (إن كنت وحيداً ولا تقود السيارة) ردد البند أ .

د – الاستجابة للاسترخاء

الاستجابة للاسترخاء تقنية يمكن استعمالها لإضعاف استجابتنا الجسدية والعاطفية للتوتر .

القواعد الأساسية للاستجابة للاسترخاء

مارس هذه التقنية :

١– مرتين يوميا .

٢– ١٥ – ٢٠ دقيقة فى كل مرة .

٣– يمكن تخفيض المدة إلى ١٠ دقائق ولكن لا يجوز قطعياً تجاوز مدة الـ ٢٠ دقيقة .

٤– مارس الطريقة فى أى وقت .

ملاحظة : عليك الانتظار مدة لا تقل عن ساعتين بعد الأكل، قبل أن تمارس هذه الطريقة .

خطوات الاستجابة للاسترخاء

١- ابحث عن مكان هادئ (فى البيت أو العمل) تستطيع فيه أن تكون وحيداً وبحيث يكون خالياً من أى تشويش (تليفون ، راديو ، تليفزيون ، أشخاص آخرين . إلخ) .

٢- اجلس على كرسى مريح .

٣- أرخ أى ملابس ضيقة (الحزام ، ربطة العنق ، القبّة ... إلخ) .

٤- ضع نفسك بحالة عقلية مسترخية .

٥- أغلق عينيك واجلس بهدوء .

٦- ابدأ فى إرخاء عضلات جسدك ، مبتدئاً بقدميك وصاعداً إلى وجهك .

٧- حالما ترتخى جميع العضلات.. ركز على تنفسك .. تنفس بصورة طبيعية، بحيث تستنشق الهواء وتزفره عن طريق أنفك .

٨- عندما تزفر الهواء، ردد عن ظهر قلب الرقم (١) .

ملاحظة : إذا «سرح فكرك» ، انتبك لذلك وأعد التركيز على الرقم (١) .

٩- البس ساعة يد أو ضع ساعة حائط بجوارك؛ حتى تتمكن من معرفة الوقت . لا تستعمل ساعة المنبه أو الساعة المؤقتة .

١٠- بعد ممارسة تمرين الاستجابة للاسترخاء :

(أ) اجلس بهدوء وعيناك مغلقتان لمدة دقيقتين أو أكثر .

(ب) اجلس بهدوء وعيناك مفتوحتان لمدة دقيقتين أو أكثر .

(جـ) لا تقلق بشأن ما إذا كنت نجحت فى إحداث الاستجابة للاسترخاء ، ستبدأ الإحساس بذلك أكثر فأكثر مع ازدياد مهاراتك ، وعندها يصبح هذا التمرين جزءاً من ممارساتك اليومية .

التمرين الثامن:

(ماذا تفعل إذا شعرت بالقلق الشديد)

توقف واقرأ القائمة التالية :

١- تذكر أن الأحاسيس التى تشعر بها الآن ليست سوى استجابات الجسم الطبيعية لظروف معاكسة، ولكن بصورة مبالغ فيها .

٢- هذه الاحاسيس ليست ضارة أو خطيرة على الإطلاق، ولكنها مزعجة فقط، ولن يحدث لك أى مكروه .

٣- توقف عن مضاعفة خوفك بالاسترسال فى الأفكار المخيفة عما يحدث لك الآن وعما قد يصيبك .

٤- صف لنفسك بدقة كل الذى يحدث فى جسمك فعلا الآن، وحاول أن تتجنب التفكير فيما قد يحدث لك .

٥- انتظر الآن وأعط القلق فرصة من الوقت حتى يزول، دون أن تقاومه أو أن تهرب منه .. المطلوب منك تقبله فقط كرد فعل طبيعى فى مثل حالتك .

٦- لاحظ أنك إذا نجحت فى التوقف عن مضاعفة حالتك بالاسترسال فى الأفكار المخيفة سيأخذ القلق فى الزوال تلقائياً .

٧- تذكر أن الهدف الأساسى من العلاج هو أن تتعلم كيف تواجه الخوف وهذه فرصتك للتحسن .

٨- تذكر التحسن الذى تم حتى الآن بالرغم من كل الصعوبات التى واجهتها، وتذكر شعورك بالراحة والسرور عند نجاحك فى تأدية المهمة .

٩- والآن ابدأ فى وصف الأشياء المحيطة بك لنفسك وخطط مسبقا لما سوف تفعله بعد ذلك .

١٠- بعد أن تنفذ كل هذه الخطوات، استأنف ما كنت تقوم به من قبل بهدوء واسترخاء.

التمرين التاسع:

الوصايا العشر للتغلب على مصادر القلق

١- تجنب المعالجة التلقائية بالتدخين وتناول القهوة والمهدئات .

٢- تخلص من التوتر . النشاط البدنى مخرج رائع .

٣- لا تهمل عملية الاسترخاء . اتبع يومياً وسيلة تخفيف الإجهاد : التأمل المتسامى، اليوغا ، الاسترخاء التدريجى للعضلات ، التدريبات البدنية ، التنويم الذاتى ، الموسيقى، أو أى طريقة أخرى ملائمة لك .

٤- احصل على قسط كاف من النوم والراحة لتجديد طاقتك .. إن الحاجة إلى أقراص منومة سوف تزول، إذا بدأت فى تغيير أسلوب معيشتك .

٥- عند المرض لا تحاول أن تواصل نشاطك كأنك لا تشكو من شيء .

٦- اتفق مع الآخرين . الحياة ليست ساحة قتال دائم ، تجنب المواقف المتشددة فى خلافاتك مع الآخرين، وفكر عوضاً فى شرايينك القلبية .

٧- تعلم بقبول ما لا يمكنك تغييره ، تجاهل ذلك يؤدى إلى السعادة والتشاؤم والمرارة: «ليس لدى وقت للأمس : ليرقد فى سلام» .

٨- استخدم وقتك على نحو أفضل وفوض غيرك . إنك بحاجة لنظام يعمل لك وليس ضدك ، تول كل أمر على حدة ، خصص أوقات فراغ لمعالجة المسائل الطارئة المستعجلة .

٩- أعرف من أنت وحاول عمل شيئاً بشأنه ، عندما نكون متعبين تنتابنا أفكار قد سيطرنا عليها منذ زمن ، من الصعب الذهاب للنوم وأنت تشعر بالقلق أو الغضب .

١٠- خطط مقدماً بقولك «لا» الآن ، وبذلك تتفادى فى المستقبل وطأة التراكم الزائد للعمل .

التمرين العاشر:

التدريب على فهم الذات

فيما يلى قائمة بخمسين صفة وعكسها ، وبين كل صفة ونقيضها خمس مربعات . تأمل كل زوج من الصفات.. فإذا كانت الصفة الموجودة على اليمين تنطبق عليك، ضع علامة فى المربع المجاور لها مباشرة وإذا كانت الأخرى . فضع العلامة فى المربع الملاصق لها فى الناحية الأخرى.. أما إذا كانت إحدى الصفتين تنطبق عليك، ولكن بدرجة أقل .. فضع العلامة فى المربع المناسب، مع ملاحظة أن المربع الموجود فى الوسط يمثل نقطة الحياد .

لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة ، صحيح أن بعض الصفات تبدو إيجابية وتحب أن توجد فيك، ولكن الفائدة من هذا الاختبار تعتمد على حسن تقديرك لنفسك، فلا تحاول أن تبدو أقل أو أكثر مما أنت عليه بالفعل ، تمعن فى كل زوج من العبارات ولكن لا تتوقف طويلا فالقائمة كبيرة، وغالبا ما يكون رأيك الأول هو الرأى السليم .

احتفظ بالورقة لنفسك ولا تريها لأحد .

سريع الحركة والإيقاع	☐	☐	☐	☐	☐	بطئ
بارع (شاطر)	☐	☐	☐	☐	☐	بليد
مثير للاهتمام	☐	☐	☐	☐	☐	ممل
منطلق	☐	☐	☐	☐	☐	مقيد
ذو معنويات عالية	☐	☐	☐	☐	☐	ذو معنويات منخفضة
سعيد	☐	☐	☐	☐	☐	حزين
تحس بأن احتياجاتك مشبعة	☐	☐	☐	☐	☐	تحس بأنه تنقصك حاجات كثيرة
متفائل	☐	☐	☐	☐	☐	متشائم
ودود	☐	☐	☐	☐	☐	نافر
إيجابى	☐	☐	☐	☐	☐	سلبى
تفرض نفسك (تثبت وجودك)	☐	☐	☐	☐	☐	لا تستطيع أن تفرض نفسك
حياتك الحالية أكثر ارتباطاً بالماضى	☐	☐	☐	☐	☐	أكثر ارتباطاً بالمستقبل
راضٍ	☐	☐	☐	☐	☐	غير راضٍ
بشوش	☐	☐	☐	☐	☐	متجهم
أميل إلى الدعابة والفكاهة	☐	☐	☐	☐	☐	متزن ورزين
محبوب من الناس (شعبى)	☐	☐	☐	☐	☐	غير شعبى
دماغك ناشفة	☐	☐	☐	☐	☐	لين
منبسط	☐	☐	☐	☐	☐	منطوى
شكور	☐	☐	☐	☐	☐	ناكر للجميل (لاتعترف بالفضل لأحد)
عطوف	☐	☐	☐	☐	☐	قاس
ناجح	☐	☐	☐	☐	☐	غير ناجح
متخوف	☐	☐	☐	☐	☐	لا مبالٍ
صامت	☐	☐	☐	☐	☐	كثير الكلام
طموح	☐	☐	☐	☐	☐	لا طموح لديك

تلتمس العذر للآخرين	☐	☐	☐	☐	☐	لا تقبل عذرا
منظم	☐	☐	☐	☐	☐	غير منظم
تعبر عن نفسك	☐	☐	☐	☐	☐	كتوم
كسول	☐	☐	☐	☐	☐	مجتهد
مرن	☐	☐	☐	☐	☐	جامد
جرئ	☐	☐	☐	☐	☐	مستسلم
عدوانى	☐	☐	☐	☐	☐	مسالم
تحب العمل فى الخفاء	☐	☐	☐	☐	☐	تعمل فى العلن
آمن مطمئن	☐	☐	☐	☐	☐	مفزوع
متوتر	☐	☐	☐	☐	☐	مرتاح البال
صبور	☐	☐	☐	☐	☐	نافد الصبر
محب	☐	☐	☐	☐	☐	كاره
متسامح	☐	☐	☐	☐	☐	غير متسامح
مسئول	☐	☐	☐	☐	☐	لا تحب المسئولية
يعتمد عليك	☐	☐	☐	☐	☐	لايعتمد عليك
شكلى محب للرسميات	☐	☐	☐	☐	☐	لاتهتم بالشكليات
ذو ضمير حى	☐	☐	☐	☐	☐	متهاون
مكتئب	☐	☐	☐	☐	☐	غير مكتئب
دافئ	☐	☐	☐	☐	☐	بارد
مبتكر	☐	☐	☐	☐	☐	غير مبتكر
حاد المزاج	☐	☐	☐	☐	☐	معتدل المزاج
غامض	☐	☐	☐	☐	☐	محدد
حاسم	☐	☐	☐	☐	☐	غير حاسم
متباعد	☐	☐	☐	☐	☐	متدخل

تثق بالآخرين □ □ □ □ □ تشك فى الآخرين

متحفظ □ □ □ □ □ منفتح

التمرين الحادى عشر:

الفقد المهم جدًا فى حياة الإنسان:

١- وفاة إنسان محبوب

٢- انتهاء علاقة وثيقة .

٣- الانفصال .

٤- الطلاق .

فقد أقل أهمية فى حياة الإنسان :

١- فقد العمل .

٢- فقد نقود .

٣- الانتقال (من منزل إلى منزل آخر) .

٤- المرض (فقد الصحة) .

٥- تغير المدرسة والمدرسين .

٦- السرقة .

٧- النجاح (فقد الكفاح) .

٨- فقدان الأهداف البعيدة .

فقد مرتبط بالعمر :

١- فقدان أحلام الطفولة .

٢- مرحلة المراهقة (الرومانسية) .

٣- مغادرة المنزل (الزواج)

٤- تغير الوظائف

٥- فقدان الشباب .

٦- فقدان الجمال .

١- فكر فى أكبر وأحدث فقد فى حياتك

أ - هل تشعر أنك تعاملت معه جيداً ؟

ب- كيف كان تأثير العقاقير فى ذلك ؟

جـ- هل لازلت تحمل أحاسيس ومشاعر تجاه ذلك الفقد ؟

د - هل طلبت مساعدة من أحد للتعامل مع هذه المشاعر ؟

٢- هل عرفت كيف أن الفقد يؤدى بك إلى الانتكاسة ؟

٣- اكتب عن مشاعرك :

أ - صف غضبك .

ب- صف مخاوفك .

جـ- صف شعورك تجاه فقد أصدقائك، الذين تشرب أو تتعاطى معهم المخدرات .

٤- اكتب عن أى شيء إيجابى لهذا الاقتصاد والفقد .

٥- ما أفكارك عن التعامل مع الفقد فى المستقبل .

التمرين الثانى عشر:

ثلاثيـــة الهاجس الفكـــــرى

عندما ولدنا، لم نكن ندرك ونعى شيئاً سوى أنفسنا وكنا نعتقد بأننا الكون . كما كان فهمنا أقل من احتياجاتنا الأساسية، وإذا تحققت احتياجاتنا كنا راضين . وعندما بدأ عقلنا بالنمو بدأنا ندرك ونعى العالم الخارجى، وعرفنا بوجود الأشياء والناس والأماكن من حولنا، وهى التى تحقق لنا احتياجاتنا . وفى هذه النقطة بدأنا نميز الاختلافات ونطور الخيارات ، وتعلمنا أن نطلب ونختار؛ فنحن مركز هذا العالم المتنامى ونتوقع أن تلبى طلباتنا من ما نحتاجه ونريده، وتغير مصدر قناعتنا من الاحتياجات الأساسية إلى رغبات ومطالب .

إن معظم الأطفال - ومن خلال تجاربهم مع مرور الزمن - عرفوا بأن العالم الخارجى لن يستطيع تلبية مطالبهم ، ومن ثم بدأوا بتكملة ذلك بجهودهم ، وعندما يقل معدل اعتمادهم على الناس والأماكن والأشياء يبدوا فى الاهتمام بأنفسهم أكثر فأكثر، وبعدها يصبحون أكثر اكتفاء ويتعلمون بأن السعادة والاقتناع تأتى من الداخل.

ويواصل العديد نموهم إلى النضج، وهم يتعرفون ويقبلون قوتهم وضعفهم وحدودية امكاناتهم . وفى بعض المراحل عادة يطلبون المساعدة من قوة أكبر من أنفسهم لتلبية الأشياء التى لا يستطيعونها ، والنمو عملية طبيعية عديد من الناس .

ولكن كمدمنين فنحن نتردد ونترنح طوال الطريق ، كما أننا لن نفوق أو نزيد عن الاكتفاء الذاتى لدى الطفل، وبالتالى لن نجد الاكتفاء الذاتى الذى يجده الآخرون. ومن ثم نبدأ بالاعتماد على العالم من حولنا، ونرفض قبول بأننا لن نمنح كل شىء . وبعدها يصبح هذا الهاجس مسيطراً علينا وتصبح احتياجاتنا مطالب ورغبات، ونصل إلى نقطة تكون فيها القناعة مستحيلة . إن الناس والأماكن والأشياء لن تستطيع ملء الفراغ داخلنا، وبالتالى نتعامل ونتفاعل معها باستياء وغضب وخوف .

إن كلاً من الاستياء والغضب والخوف يكمل ثلاثية الهاجس الفكرى . كما أن كل عيوبنا الشخصية هى أشكال لهذه التفاعلات الثلاثة، والهاجس الفكرى هو أساس جنوننا .

والاستياء هو طريقة معظمنا فى التعامل مع الماضى، وهو إعادة إحياء تجاربنا ومعاناتنا الماضية المرة تلو الأخرى فى عقولنا .. أما الغضب فهو طريقة معظمنا فى التعامل مع الحاضر وهو ردة فعلنا وأنكارنا للواقع .. أما الخوف فهو ما نشعر به عندما نفكر فى المستقبل وهو استجابتنا للمجهول. إن ردود الفعل الثلاثة هى تعابير عن الهاجس الفكرى وتعبر ..؟.. طريقة تعاملنا عندما يكون الناس والأماكن والأشياء لا تتماشى وفق أهوائنا، سواء كان ذلك فى الماضى أو الحاضر المستقبل .

وفى «المدمن المجهول» وجدنا طريقة جديدة للحياة ومجموعة أدوات، هى الخطوات الاثنتى عشرة، والتى نتعامل معها حسب أفضل إمكاناتنا . وسوف تحصل لنا معجزة إذا توقفنا عن التعاطى، وبدأنا ممارسة هذه المبادئ فى شئوننا . سوف نجد الحرية من المخدرات والإدمان والهاجس الفكرى؛ فالاستياء يستبدل بالقبول والغضب.. يستبدل بالحب والخوف يستبدل بالإيمان .

نحن لدينا مرض يدفعنا فى النهاية إلى طلب المساعدة ، كما أننا محظوظون بأن لدينا اختياراً واحداً وفرصة واحدة أخيرة، لذا يجب علينا أن نضعف ونكسر مثلث الهاجس الفكرى ويجب أن ننمو أو نموت .

إن طريقة تعاملنا وتفاعلنا مع الناس والأماكن والأشياء كما يلى :

السلبيات		الإيجابيات
الاستياء	الماضى	القبول
الغضب	الحاضر	الحب
الخوف	المستقبل	الإيمان

التمرين الثالث عشر:

الإنكـــــار : التعريف ، العلامات ، المواجهة

فى بداية إقلاعى، حاولت التمسك بطرقى الخاص والمختلف عن الآخرين، وكنت استمتع بأن أكون مختلفا عن الآخرين الذين يتشاركون فى أسلوب تعاطيهم وفى شعورهم أو عواطفهم ، فأنا لم أكن مثلهم.. كانت جذور الإنكار لدى قوى.. حتى عندما يجب أن أعترف أننى مدمن .

كنت أريد أن أكون متميزا فى التعاطى كمدمن فريد من نوعه، وعلى الرغم من وجود أدلة أكيدة وشاملة، والتى تزود بحلول مساعدة للتعافى.. إلا أنى جلست بهدوء فى مقعدى .. تقبل هذه الأدلة القليلة التى تدعم تميزى .

ما الإنكار؟

هو الطريقة التى يقوم بها العقل بالتعامل مع التوتر والصدمات الناتجة عن مرض مزمن ، أمثلة :

* مرضى السرطان دائماً يبحثون عن علاج سحرى .

* مرضى القلب يتجاهلون علامات الإنذار ويتجنبون التوصيات المتعلقة بالتغذية والرياضة .

* مرضى السكر يفشلون فى اتباع أسلوب تغير الحياة وتحسين الصحة.

* المدمنون يستمرون فى التعاطى لأنهم ينكرون أن لديهم مشكلة .

فى البداية يكون الإنكار استجابة تلقائية للمشاكل الناتجة من التعاطى .

على كل حال كلما زاد التعاطى زاد تلف المخ، ويفقد المدمن الحكم بدقة ونقيم «حالته اليومية» .

أمثلة من الإنكار

– ليس لدى مشكلة .

– مشاكلى ليست بسبب التعاطى .

– الأمور سوف تتحسن غدا أو السنة القادمة .

– كل شخص سلوكه وتصرفه مثل سلوكى وتصرفى .

– يمكن التعاطى يؤذينى ولكن لا ..؟.. أحد غيرى وأغرب عن وجهى .

حقائق عن الإنكار:

– الإنكار يعيق الحكم السليم على الأمور .

– الإنكار تشويه للحقيقة .

– الإنكار هو العلاقة المميزة لمرض الإدمان .

– الإنكار يزداد ويقوى مع طول التعاطى .

– لا نستطيع التغلب على الإنكار إلا بعد التوقف عن التعاطى .

(الإنكار بأننا مرضى هو جزء من مرض الإدمان)

الإنكار ضد الكذب :

الناس الذين يكذبون يعرفون ما هى الحقيقة، ولكنه يتعمد أن يقول أو يتصرف بغير الحقيقة .

والناس الذين ينكرون يكونون متحيرين: ما الصواب وما الخطأ..، ومنهم غير قادرين على أن يفرقوا بينهما؛ فيضلون لأنهم صدقوا أكاذيبهم .

الاستماع والتقبل

إذا لم يكن من المستحيل.. فمن الصعب أن لتكتشف تصرفات وطرق الإنكار لوحدك.

لأنك غير واعٍ لتشويهك للحقيقة.. فالحل هو تركيزك للاستماع للآخرين مثل الأقارب أو المشابهين لك فى العلاج أو المرشد أو عائلتك ـــ فالآخرون سوف يعطونك صورة حقيقة عن الإنكار لديك، ولكن يجب عليك أن تكون راغبًا فى الاستماع والتقبل لما تسمعه منهم .

فإذا تعرفت جزءاً من الإنكار لديك.. فسوف تتعرف الأجزاء الأخرى بسهولة .

لا تحزن من هذا الاكتشاف.. فليس هناك سبب لتشعر بالذنب، فالآن عرفت ما يجب عليك أن تغيره .

فالآن لديك صورة دقيقة عن نفسك وعن العالم من حولك.. فأنت فى طريقك إلى التعافى .

* اكتب مثالاً عن الإنكار لديك، الذى بدأت فى تعرفه منذ بداية علاجك ، واكتب كيف تشعر تجاه هذا الاعتراف؟ .

....

....

....

....

....

....

كيف ينمو الإنكار ويزداد :

- بداية التعاطى تولد النشوة .
- الاستخدام الضار يصبح أسلوباً .
- نشوء أنماط من الدفاع.
- تروى الأكاذيب لحماية التعاطى .
- بلورة نظام من القيم .
- الجوانب والنواتج السلبية تلام على الآخرين .
- تشويه رهيب للحقيقة .
- فقدان الإحاسيس الحقيقية .
- الحيرة وفقدان السيطرة .

أزمات

الشوق	التعاطى
الحقيقة	التواصل
التعافى	حتى الموت

اكتب كيف تستخدم الإنكار فى وصف الآتى :

كمية المادة المتعاطاة :

....

....

....

كيفية التعاطى :

....

....

....

الأذى الذى سببته للآخرين، والناتج من سلوكك :

....

....

....

كيف يتجذر الإنكار فى دفاعات تبلد المشاعر

- **التبرير العقلى** : أنا أتعاطى لأنى أعانى من ضغوط شديدة .
- **التبرير الفكرى** : قليل من الكحول (٢ أونسه) كل يوم يوصى بها خبراء الصحة .
- **اللوم** : أنا أتعاطى لأنى مجبور لحضور فصول دراسية مملة ومدرسين مملين .
- **التحويل** : يبدو لك دائما أنك فى مزاج خسيس.. ما الذى يضايقك ؟
- **التهوين** : أنا أرفع شأناً فقط فى المناسبات الخاصة .

- الدعـابة : أستطيع أن أتوقف عن التـعـاطى فى أى وقت أريده، وفى الحـقـيـقـة أن أتوقف على الأقل مرة فى الأسبوع .
- الموافـقـة : نعم أعتـقـد أنك على صـواب .. كـان يجب على أن أخـفض تعـاطى الهيروين.
- الإسقاط : إبراهيم لديه مشكلة مع الهيروين.. فأنا مسرور بأنى لست مثله .
- التهديد : أحذرك أن تمنعنى عن تعاطى الهيروين مع أصدقائى .
- التعميم : كلنا لدينا عادة سيئة أو عادتان .

جدار الدفاعات

الإنكار و[illegible] الدفاعات :

- التبرير العقلانى .
- التبرير بالأسباب .
- إسقاط .
- اللوم .
- الحكم على الأخلاق .
- التعقل .
- التحليل .
- العمومية .
- الاعتراض .
- المجادلة .
- المجاورة .
- الليونة .
- التساؤل .
- التحويل .
- الإنكار .
- الغرور والغطرسة .
- التقليل .
- التهرب والتملص .
- الشذوذ .
- الهجوم .
- العدوانية .
- الانسحاب .
- الصمت .
- التعبير اللفظى .
- الصراخ .
- التهديد .
- العبوس والتقطيب .
- الشرود والبحلقة .
- الدعاية .
- الابتسامة – الضحكة .
- الموافقة .
- الخضوع .
- الاختبار .

هذا هو جدار الدفاعات الذى يدعم الإنكار . تأكد من هذه الصفات إذا كانت لديك ..... اكتب ثلاثة أمثلة على كل واحدة .

....

....

....

من القرين إلى مثيله

تخير اثنين ممن معك فى مرحلة العلاج .. اطلب المساعدة من كل منهما لكتابة هذه الصفحة .

القرين الأول :

أنك تستخدم ....

اطلب مساعدتهم لتكشف أياً من الدفاعات، التى نستخدمها غالبا أو الأكثر تأثيراً.

اسأل كل واحد على حدة لتكتب رأيه فى المساحة المتروكة لك . لا تحاول المجادلة والاخلاف معهما فاطلب منهما أمثلة لكى تتعرف الدفاعات بسهولة .

القرين الثانى :

أنك تستخدم ....

كيف كان شعورك عندما سمعت رأى القرينين

الشعور بالانفرادية

بدايةً يصور لك عقلك أنك فريد أو (حالة خاصة) عن المدمنين الآخرين .

فالأفكار مثل (لن أتعاطى فى النهار) أو (لن أفقد عملى أبداً) أو (أنا تحت ضغوط لا يعانى منها الآخرين) فهذه الأفكار تأتى للجميع .

فيجب التركيز على الأشياء التى تكون موجودة لدى جميع المدمنين .

فكلما ركزت على هذا السلوك والأحاسيس المشتركة، سوف تبدأ فى التخلى عن هذه الدفاعات وسوف تتقبل الأمثلة والاقتراحات من الأشخاص المشاركين مع فى مرحلة التعافى .

صف شعوراً بأنك «مميز أو فريد» .

....

....

....

....

....

اكتب قائمة بالاشياء المشتركة وبين أمثالك فى مرحلة العلاج .

....

....

....

....

....

التمرين الرابع عشر:

التخطيط للوقاية من الانتكاسة

١- التوازن فى أمور الحياة .

٢- تقييم الأمور على وجهها الصحيح .

٣- التعرف وفهم مظاهر الانتكاسة .

٤- القدرة على تحديد علامات الانتكاسة.

٥- مراجعة وفهم برامج التعافى .

٦- تنمية مهاراتك على معرفة ذاتك .

٧- التدخل السريع لوقف مظاهر الانتكاسة .

٨- مشاركة أهل الخير فى اهتماماتهم .

٩- المتابعة مع برامج الرعاية اللاحقة وجماعة «المدمن المجهول» ، لتقوية وتدعيم سلوك الإقلاع عن المخدر / الشراب .

نقاط يجب أن تتذكرها :

١- فشلك فى المحاولة الأولى للتعافى ، لا يعنى الفشل الدائم .

٢- ينتكس المدمن لعدم الحرص على متابعة البرامج العلاجية .

٣- هناك كثير من السلوكيات السلبية تجعل التعاطى هو البديل ، على الرغم من إدراك خطورة العواقب .

٤- الانتكاسة تبدأ قبل البدء الفعلى فى الرجوع للتعاطى «هناك ٣٧ علامة تحذيرية من الانتكاسة» .

٥- الفريق العلاجى وأهل الخير يمكنهم منع الانتكاسة، قبل أن تصبح الأمور مأساوية.

٦- إن خطة الوقاية من الانتكاسة جزء مهم فى علاج الإدمان .

العلامات المنذرة بالانتكاسة :

١- الخوف من الاستمرار فى الحياة دون مخدر أو شراب .

٢- الإنكار وعدم تقبل الواقع .

٣- التظاهر بالطاعة الزائدة .

٤- إجبار الآخرين على الطاعة .

٥- السلوك الدفاعى وخلق الأعذار والمبررات .

٦- سلوك إجبارى قهرى يزعج الآخرين .

٧- التدخل فيما لا يعنيك .

٨- الميل إلى الوحدة والعزلة .

٩- النظرة الضيقة للأمور.

١٠- اكتئاب خفيف .

١١- فقدان القدرة على التخطيط والتفكير البناء .

١٢- تبدأ الخطط فى الفشل .

١٣- أحلام اليقظة والأمنيات .

١٤- الشعور بعدم القدرة على حل أى مشكلة.

١٥- أمنيات غير ناضجة نحو السعادة .

١٦- فترات من الارتباك .

١٧- التهيج السريع مع الآخرين .

١٨- سرعة الغضب .

١٩- عدم انتظام مواعيد الطعام .

٢٠- عدم الراحة .

٢١- عدم انتظام مواعيد النوم .

٢٢- عدم القدرة على تنظيم الحياة اليومية .

٢٣- فترات من الاكتئاب الشديد .

٢٤- عدم الانتظام فى متابعة الرعاية اللاحقة وجمعية «المدمن المجهول» .

٢٥- تزايد الإحساس باللامبالاة (تقول لنفسك أنا ما يهمنى) .

٢٦- الرفض التام لأى مساعدة .

٢٧- عدم القناعة والرضى بالحياة .

٢٨- الشعور بأنك ضعيف وعاجز .

٢٩- الأسف على النفس .

التمرين الخامس عشر:

إدمان الكحول والمخدرات

إبقاء الفم فى حالة تجمد

النتائج السلبية المترتبة على سلوك مشرب الخمر أو تعاطى المخدر :

١- الانشغال بالكيميائيات .
٢- فقدان الشعور .
٣- ازدياد التحمل .
٤- الحاجة إلى التحكم فى التعاطى .
٥- فقدان التحمل .
٦- الإفراط فى استخدام الكحول والمخدرات.
٧- هبوط الاحتمال .
٨- إفراط فى التعاطى .

مشكلات طبية نفسية وتنقسم إلى :

١- الإنكار .
٢- تخيله بقدرته على كل شيء .
٣- الشعور بالعظمة والقدرة دون مبرر.
٤- شخصية لا تقدر الخطر .
٥- سلبى المقاومة .
٦- سمات الاستحوازية .
٧- سلوك مقهور .

مشكلات عضوية :

١- اختلال وظائف الكبد .
٢- مشكلات المعدة .
٣- متاعب القلب .
٤- ارتفاع ضغط الدم .
٥- الإصابة بمرض السكرى .
٦- سرعة ضربات القلب .
٧- التهاب البنكرياس .
٨- أعراض عضوية بأعصاب المخ .
٩- عقد وتخاريف من شرب الكحول.

السلوك الاجتماعى:

١- مشكلاتشخصية .
٢- خلافات أسرية .
٣- مشكلات من السلطة التشريعية .
٤- مشكلات مالية .
٥- مشكلات فى العلاقات .
٦- مشكلات فى العمل .

مشكلات ذهنية / عقلية :

١- الإفراط .
٢- الذنب .
٣- الخزى .
٤- الخوف .
٥- الغضب .
٦- الاشمئزاز .

التمرين السادس عشر:

معاونة المرضى لفهم أن الانتكاسة عملية إجرائية وليست حادثة

إنه من الأفضل أن يهيئ المرضى لمواجهة تحديات التعاطى .. بأن يدركوا الحقيقة من خلال المعلومات السابق سردها عن الانتكاسة .. للانتكاسة علامات متماثلة، وإن لم تكن تفوق الواقع الفعلى من حيث إنها ردة لتعاطى المواد المخدرة . أيضاً.. فإن الانتكاسة قد تكون بسبب تصرف طائش فى جزء من العلاج الفردى ، وليست الانتكاسة فى أغلب الأحوال حالة عضوية جسدية أو عقلية أو فكرية، أو أنها تغييرات سلوكية تظهر عادة على المنتكسين قبل عودتهم لتعاطى الخمر أو المخدرات . يمكننا أن نتفهم علامات الإنذار التى تحدث من الفرد، ونستوعبها كحلقة من سلسلة عملية الانتكاسة .

لقد قرر كثيرمن الذين انتكسوا أنهم قد بدت لهم علامات إنذار الانتكاسة، قبل تورطهم فى تعاطى الخمر أو المخدرات لأيام ولأسابيع ولمدد أطول من ذلك .

كذلك.. فإن المرضى المتقدمين للعلاج للمرة الأولى بإمكانهم أن يتفحصوا علامات الإنذار المشتركة ويتعرفوها من خلال مدمنى الخمر أو المخدرات الآخرين؛ الأمر الذى يمكن أن يساعد المنتكسين للاطلاع على تجاربهم وخبراتهم بتفصيل عظيم ؛ لذلك فإنه بإمكانهم أن يعلموا الصلة بين أفكارهم ومشاعرهم والأحداث أو المواقف، والعودة إلى تعاطى الخمر أو المخدرات .

إن نموذج التحليل النفسى التثقيفى للمرضى المنتكسين وكتاب العمل المستخدم للربط بين هذه البرامج من خلال ٥١١ مريضاً، وجد أن «تفهم عملية الانتكاسة» كانت الموضوع الأعظم فائدة .

التمرين السابع عشر:

موضوعات محددة للمناقشة فى جلسات العلاج النفسى الجماعى :

١- ما الانتكاسة ؟

٢- اذكر علامات الإنذار التى يمكن أن تحدث بسببها الانتكاسة .

٣- أين كانت بعض أفكارك ، مشاعرك أو الأحداث متجهة حول انتكاستك ؟

٤- اطلب من المرضى أن يؤدوا جلسة أداء مسرحى، مع عدة مرضى مختلفين، يلعبون أحد الأعراض التالية للانتكاسة :

أ - عودة الإنكار .

ب- السلوك الاجتنابى الدفاعى .

جـ- التركيب المتضارب فى الحياة .

د - التجمد .

هـ- الفوضى ورد الفعل المفرط .

و - الاكتئاب .

ز - فقدان الانضباط السلوكى .

ح - فقدان الانضباط الإدراكى .

ط - تلاشى حق الاختبار .

ى - تعاقب أحداث انتكاسة حادة .

راجع وثائق أعراض الانتكاسة لتعرف الأعراض أعلاه .

التمرين الثامن عشر:

نحو فهم أفضل (للتعافى من مرض الإدمان)

متى تفاقم مرض الإدمان.. فإنه ينتشر مع تزايد الوقت، وهذا يجعل الشفاء منه بالمثل يحتاج إلى مساحة كبيرة من الوقت أيضا . وعلى وجه التقريب.. فإن اكتمال التعافى العضوى والذهنى والعقلى من الأضرار، التى أحدثها نشاط المرض خلال تطوره تحتاج إلى سنتين .

وخلال فترة العامين المطلوبين للتعافى، تكون النزعة الأولية إلى الانتكاسة فى أعلى مراحلها وتتزايد حدتها فى نهاية السنة الأولى، لتزداد بشكل سريع فى السنة الثانية .

سيحدث الميل إلى الانتكاسة إلا إذا انضم الفرد ببرنامج نشاط علاجى خلال فترة التعافى ، وينفذه على النحو التالى :

١- من خمسة إلى سبعة أسابيع عقب آخر تعاطى أو شرب خمر .

٢- خمسة أشهر عقب آخر جرعة مخدر أو شرب خمر .

٣- من أحد عشر إلى ثلاثة عشر شهراً عقب آخر جرعة مخدر أو شرب خمر.

٤- ثمانية عشر شهراً عقب آخر جرعة مخدر أو شرب خمر .

خلال تلك الفترات (المسماه.. بفترات الانسحاب الثانوية) قد يشعر الفرد، ويفكر حسب ما كان يفعل وقت تعاطيه الخمر أو المخدر، ويشعر ثانية بأن الناس الآخرين والأماكن والأشياء كانت هى مشكلته .

سيتوقع أفراد أسرته عودته إلى الانتكاسة لعدم قدرته الداخلية .. إنه يراقب ماذا يقولون أو يفعلون لأنهم أيضا كانت لديهم مشاكل من جراء إدمانه ، وإنه لمن الأهمية للمدمن ولأسرته أن يتفهموا أن هذا السلوك هو بداية الانتكاسة، وأن الشرب أو التعاطى هو ما سيفعله المدمن عقب انتكاسه .

إن التعافى ليس مقياساً لمشاعر الفرد . ستكون هناك أوقات لتعافى المدمن يشعر حينها أنه متحسن . وهناك أوقات يشعر فيها بالضيق ، مقياس التعافى عندئذ هو ما سيفعله الفرد للتأكد من استمرار اعتداله وصحوته .

بصفة عامة .. علينا الأخذ بما يلى؛ من أجل تعافى مدمن الخمر أو المخدر من مرض الإدمان :

١- أن يقرر بأنه توقف عن شرب الخمر أو تعاطى المخدر بشكل دائم أساسى .

٢- أن يستكمل خطة العلاج فى المستشفى فيما يتعلق بطول هذه الفترة، والتى تستغرق عادة ٣٠ يوماً أو ما يزيد .

٣- المشاركة النشطة فى كافة أنشطة العلاج طوال فترة تواجده فى المستشفى .

٤- حضور اجتماعات جماعة المدمنين التائبين المجهولين خمر / مخدر أسبوعيا طوال إقامته فى المستشفى، وأن يشرك نفسه ضمن مجموعة فى جماعة المدمنين التائبين المجهولين (كحول / مخدر) للاجتماع معهم عقب مغادرته المستشفى .

٥- يتآلف مع فرد ما يقوم بتشجيعه ليظل ممتنعاً عن تعاطى المخدرات أو الخمر؛ ليبقى فى حالة اتزان واعتدال ويتحادث معه يومياً ؛ خاصة عندما تنتابه حالة التشوق لتعاطى الخمر أو المخدر .

٦- أن يؤجل تعاطى الجرعة الأولى من الخمر أو المخدر لمدة ٢٤ ساعة بعد حالة التشوق لذلك.. ويمكنه خلال هذه المدة أن يحصل على المساعدة بدلاً، من تعرضه للانتكاسة خلال هذه المدة .

٧- أن يتزود بأكبر قدر من النشاط الدينى .

(أعراض الانتكاسة)

لا تحدث الانتكاسة عندما يتعاطى مدمن المخدرات أو الخمور الجرعة الأولى أو عقب فترة تخلصه من المخدر أو الاعتدال .

إن الانتكاسة عملية ذات بدايات طويلة، قبل أن يبدأ مدمن الخمر أو المخدر تعاطى المخدر أو الخمر .

عملية الانتكاسة تسبب لمدمن الخمر أو المخدر شعوراً بالألم وعدم الارتياح عندما لا يتعاطى الخمر أو المخدر .. هذا الألم وعدم الراحة يمكن أن يسببا الضرر لمدمن الخمر أو المخدر، متى أصبح غير قادر على أن يحيا حياة عادية دون تعاطى الخمر أو المخدر، وهذه الحالة تسمى لدى جماعة المدمنين التائبين المجهولين A. A. «التعاطى الجاف»، فى حين أن البعض الآخر يطلق عليها (التفاقم للشرب) .

يمكن أن يتحول عدم الارتياح إلى وضع سيئ، إذا ما شعر مدمن الخمر أو المخدر أن تعاطيه المخدر أو الخمر لا يمكن أن يحدث له أي ضرر، أكثر مما يعانيه من آلام ببقائه معتدلاً .

وتبدو عملية الانتكاسة واضحة من خلال التنبؤ بالأعراض الظاهرة على مدمني الخمر أو المخدر، ممن انتكسوا بسبب تعاطيهم المخدرات أو شربهم للخمر .

المرحلة الأولى : عودة الإنكار خلال هذه المرحلة.. حيث يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير قادر على التمييز، ويخبر الآخرين بأمانة عما يشعر به أو يفكر فيه، وتكون معظم الأعراض المشتركة هي :

١- ما يتعلق بقوة الكينونة :

مدمن الخمر أو المخدر صعب المشاعر ، خواف ، قلق ، ثمة أوقات يكون فيها خائفاً من ألا يقدر على أن يظل معتدلاً ، هذه المصاعب تجئ وتذهب وتبقى عادة أخيراً لوقت قصير .

٢- أفكار التورط :

لأجل تحمل هذه الفترات من الإنزعاج والخوف والقلق.. فإن مدمن الخمر أو المخدر يتجاهل أو ينكر تلك المشاعر، وفي الاتجاه نفسه.. فإنه في خلال أحد الأوقات ينكر أنه مدمن . ربما يكون الإنكار قوياً، وذلك للجهل به على الرغم من حدوثه وحتى عندما تكون المشاعر واضحة.. فإنه غالباً ما ينسى حالما تلاشت تلك المشاعر . ويتم هذا فقط عندما يفكر مدمن الخمر أو المخدر في الماضي حول الحالة وتأخر الوقت؛ حيث إنه يكون قادراً على تمييز مشاعر القلق والإنكار لهذه المشاعر .

المرحلة الثانية : تجنب الآخرين والسلوك الدفاعي – خلال هذه المرحلة لا يرغب مدمن الخمر أو المخدر في التفكير في أي شيء، يكون سبباً في إيلامه أو عدم راحة مشاعره للتراجع . وكنتيجة لذلك يبدأ في تجنب أي شيء أو أي فرد سيجبره أن ينظر إلى نفسه بأمانة . وعندما يسأل أسئلة مباشرة تتعلق بقوة تحمله، سيتجه إلى الموقف الدفاعي عن نفسه .

ومعظم الأعراض الشائعة فى تلك المرحلة هى :

٣- إظهار التزامه بعدم التعاطى :

يقنع المدمن نفسه أنه سوف لا يتعاطى الخمر أو المخدر مرة ثانية، ويخبر بذلك الآخرين أحياناً . وفى العادة يحتفظ بذلك لنفسه، وكثير من المدمنين يخشون إخبار مرشديهم الناصحين ضد الإدمان أو أعضاء جماعة «المدمنين التائبين المجهولين A. A.» بمعتقداته تلك .

وعندما ترسخ معتقدات مدمن الخمر أو المخدر.. فإنه لن يتعاطى الخمر أو المخدر ثانية ، وتظهر الحاجة لبرنامج التعافى اليومى أقل أهمية .

٤- يجاهد الآخرين بدلاً من أن يجاهد نفسه :

يزيد اهتمام مدمن الخمر أو المخدر باعتداله واتزانه أمام الآخرين، أكثر من اهتمامه بعلاجه الشخصى، وهو لا يتحدث مباشرة عن هذه الاهتمامات ولكن أحكامه الشخصية، فيما يتعلق بشرب أصدقائه أو زوجته وبرنامج التعافى للأفراد الآخرين المتعافين .

وفى جماعة «المدمنين التائبين المجهولين A. A.» يطلق على هذا «محض الآخرين على الطاعة» .

٥- المدافعة :

يحضر مدمن الخمر أو المخدر ليدافع عن نفسه، عندما يتكلم عن المشاكل الشخصية أو برنامج تعافيه، وحتى عندما يكون هذا الدفاع غير مطلوب .

٦- السلوك القهرى :

يصبح مدمن الخمر أو المخدر مقهوراً (ملتصقًا أو مثبتًا أو صارمًا) من هذا الاتجاه فهو يفكر ويتصرف .. ويكون تواجده من أجل أن يفعل الاشياء نفسها أكثر وأكثر ثانية دون سبب وجيه .. إنه يحضر ليراقب المحادثات كذلك ليتكلم كثيراً أو لا يتكلم على الإطلاق ، كما أنه يحضر ليعمل أكثر من حاجته ، ويصبح منغلقًا على كثير من الأنشطة، وربما يظهر من أجل شكل علاجى بواسطة انطوائه الشديد فى جماعة «المدمنين التائبين المجهولين A. A.» وفى تطبيق الخطوات الاثنى عشر وفى المشاركة فى الاجتماعات .. إنه فى الغالب يقود جماعات الإرشاد من خلال «الألعاب العلاجية» التلقائية أو عدم التكلف بالاندماج مع الناس، ومع ذلك يميل إلى تجنبهم .

٧- السلوك المحرض :

فى بعض الأوقات، يقاطع السلوك الصارم من خلال إجراء يأخذ دون تفكير أو رقابة ذاتية.. وفى العادة يحدث هذا فى الأوقات التى تزيد فيها الضغوط ، وفى بعض الأوقات تجعل هذه الإجراءات الدافعة الفرد يخلق مناقشات تدمر بجدية حياته وبرنامج علاجه .

٨- ميول تجاه الوحدة :

يبدأ المدمن فى قضاء معظم الوقت وحيداً ، وفى العادة يخلق أسباباً طيبة وأعذاراً من أجل أن يظل بعيداً عن الناس ، فترات وحدته هذه تبدأ فى الحدوث والزيادة، وغالباً ما يشعر الفرد بالوحدة تزداد وتزداد، وعلى الرغم من تعامله مع وحدته، فإنه يحاول أن يقابل ويلتف حول الناس.. إنه يصبح أكثر قهراً وتحريضاً .

المرحلة الثالثة : تغيير التركيب البنائى – خلال هذه المرحلة تبدأ ممارسات متعاقبة من المشكلات فى حياة مدمن الخمر أو المخدر . وسبب تلك المشكلات إنكاره لمشاعره الشخصية ، العزلة الذاتية ، إهمال برنامج التعافى حتى إذا ما فكر فى حل هذه المشكلات، وعمل من أجل ذلك بشدة.. فإن مشكلتين جديدتين تظهران تحلان محل كل مشكلة يكون قد تم حلها .

أغلب الأعراض المشتركة هى :

٩- الرؤيا الضيقة (ضيق الأفق) :

من خلال ضيق الأفق، يرى المدمن فقط جزءاً بسيطاً من الحياة ويصبح غير قادر على أن يرى «الصورة المتكاملة» : أن مدمن الخمر أو المخدر ينظر إلى الحياة كما لو كانت قد خلقت منفصلة وليست متصلة الأجزاء .. نظرة مسلط فقط فى اتجاه واحد مهملاً كافة الاتجاهات الأخرى؛ بحيث لا يمكنه أن يرى أن الحياة جميعها متصلة ومتكاملة بعضها ببعض .

يؤدى ذلك إلى ظهور بعض الأخطاء التى قد تنتهى أو تتلاشى دون مشاكل وفى أحيان أخرى تسبب أضراراً .. مشاكل صغيرة تتحول إلى كبيرة دون سبب لذلك.. وعندما يحدث ذلك .. فإن مدمن الخمر أو المخدر يصل إلى اعتقاد بأن علاجه غير مجدى، وأنه لا حول ولا قوة له إزاء ذلك .

١٠- ضغوط صغرى :

يبدأ ظهور أعراض الضغوط وتواصلها وتنهار مشاعر الفرد.. كآبة ، كسل ، مشاعر جوفاء ، الإفراط فى النوم بدرجة سيئة، كما أنه قادر على تحويل الانتباه عنه لهذه التصرفات بانشغاله بأشياء أخرى، وعدم تحدثه عما يعانيه من ضغوط .

١١- فقدان التخطيط البنائى :

تتوقف خطط مدمن المخدر أو الخمر يومًا عن بناء مستقبله مع ارتكابه أخطاء فى تطبيق شعارات جماعة المدمن المجهول، فـ «كل يوم بيومه» تعنى أن الفرد غير قادر على أن يخطط أو يفكر فيما يمكن أن يواصل فعله ، ومع تناقص الاهتمام المستمر يحتاج إلى تفصيلات لكل شيء ، فيصبح كسولاً يعتمد فى تخطيطه على التخطيط الرغبى (كيف يرغب الفرد فى أن تكون الأشياء كما يحب) أكثر من الواقع (ليس كما هى فى الحقيقة) .

١٢- بدأ انهيار خططه :

لأنه وضع خططه على غير أساس من الواقع وأيضا لم يعط أى اهتمام للتفاصيل .. فإن خططه قد بدأت فى التداعى ومع كل انهيار تحدث له مشكلات جديدة فى حياته ، بعض هذه المشكلات تتماثل مع ، التى حدثت له خلال تعاطيه المخدر أو شرب الخمر، وغالباً ما يشعر بالندم والذنب عندما تحدث هذه المشكلات .

المرحلة الرابعة : التجميد – خلال هذه المرحلة يكون مدمن الخمر أو المخدر غير قادر كلياً على بدء أى عمل أنه موجه من خلال حركة الحياة، وأن الحياة تقوده بدلاً من أن يقودها هو ، وأغلب الأعراض المشتركة هى :

١٣- أحلام اليقظة والتفكير الرغبى :

تصبح أكثر صعوبة وتركيزاً ، فلجوؤه إلى «إذا ما كنت أستطيع» The "if only" المتمثلة فى الشعور السلبى بعدم القدرة على اتخاذ إجراء هذا العرض، يصبح أكثر شيوعاً فى محادثاته .

١٤- شعوره بعدم قدرته على حل مشاكله :

يبدأ إحساسه بالفشل يظهر . ربما يكون الفشل حقيقياً أو ربما يكونْ متصوراً.. أو فشلاً صغيراً مبالغاً فيه ثم يلهث أكثر مما ينبغى .. تصديقاً لذلك يردد «حاولت أفضلَ مالدى واتزانى، لم يفعل لى شيئاً، يبدأ فى التوسع .

١٥- الرغبة القاصرة تجعلنى سعيداً :

الرغبة الغامضة «تجعلنى سعيداً» أو «أشياء تساعده» التوسع دون أن يتعرف ما هو ضرورى لجعله سعيداً أو «لمساعدته على السعادة» «الأشياء السحرية» من أجل : رغبته فى أشياء تضعه فى وضع أفضل، دون أن يفعل أى شىء لأن يجعل نفسه أفضل .

المرحلة الخامسة : فوضى ورد فعل مفرط - خلال هذه المرحلة.. مدمن المخدر أو الخمر لا يمكنه أن يفكر تفكيراً واضحاً.. إنه يصبح مزعجاً على نفسه وعلى الآخرين وأيضا سريع الانفعال، ويتخذ رد فعل مبالغاً فيه لأشياء بسيطة .

ومعظم الأعراض المشتركة هى :

١٦- فترات فوضى :

فترات فوضى.. يتكرر حدوثها وتزايدها وأخيراً تطول مدتها، وتحدث أغلب المشاكل .. يشعر مدمن الخمر أو المخدر فى الغالب بالغضب مع نفسه؛ لأنه غير قادر على أن يبعد عنه هذه الأشياء .

١٧- الانفعال مع الأصدقاء :

تتوتر علاقاته مع أصدقائه ، أسرته ، مرشديه الناصحين ضد الإدمان، ومع أعضاء جماعة «المدمنين المجهولين A. A.»

يشعر مدمن الخمر أو المخدر بالتهديد، عندما يبدأ هؤلاء الناس فى التحدث حول التغييرات التى استجدت فى سلوكه، والتى أصبحت واضحة وتستمر الصراعات فى الزيادة، على الرغم من أن مدمن الخمر أو المخدر يحاول حلها، ويبدأ يشعر بالذنب وتأنيب الضمير فيما يتعلق بدوره فى خلق هذه الصراعات .

١٨- سرعة الغضب :

أحداث مدمن الخمر أو المخدر متعاقبة .. الغضب ، الإحباط ، الاستياء ، سرعة الانفعال بدون مبرر حقيقى .. رد الفعل الزائد ضد الأحداث البسيطة يتكرر .. وتزداد الضغوط والقلق؛ لأن الخوف من رد الفعل الزائد قد يؤدى إلى العنف .. وتزيد جهود ضبط النفس من الضغوط والتوتر .

المرحلة السادسة : الاكتئاب - خلال هذه الفترة يصبح مدمن الخمر أو المخدر مكتئباً؛ لأن لديه مصاعب فى أن يحتفظ بوضعه العادى ، فى

هذه الأوقات قد يفكر فى الانتحار . تعاطيه الخمر أو المخدر تكون بمثابة الاتجاه للقضاء على حالة الاكتئاب التى تنتابه ، الاكتئاب صعب ومتواصل، وليس من السهولة إهماله أو إخفائه عن الآخرين .

أغلب الأعراض المشتركة هى :

١٩- عدم انتظام مواعيد تناول الوجبات :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر تناول وجبات أقل أو أزيد .. ويبدأ وزنه فى الزيادة أو النقصان .. كما أنه يتوقف عن تناول الوجبات فى أوقات منظمة، ويصبح غذاؤه «الأغذية غير المغذية» ويتبدل اتزانه .

٢٠- فتور الهمة والعزيمة :

خلال هذه الفترات عندما يكون مدمن الخمر أو المخدر غير قادر على إمساك زمام المبادرة أو فعل أى شىء خلال هذه الأوقات، يكون غير قادر على تركيز مشاعره .. قلقه .. انزعاجه ، والمصاعب، وغالباً ما يشعر أنه محصوراً دون أى مخرج.

٢١- عدم انتظام عادات النوم :

يجد المدمن صعوبة فى الحصول على النوم، ويكون نومه متقطعاً غير مريح ويتميز نومه بالكوابيس الناجمة عن التعب والإرهاق، وقد ينام أحيانا من ١٢ إلى ٢٠ ساعة فى وقت واحد ..هذه المنومات «الماراثونية» قد تحدث غالباً فى مدد تتراوح من ٦ إلى ١٥ يوماً .

٢٢- فقدان التركيز اليومى :

يصبح نظام المدمن اليومى دون ضابط؛ حيث يتوقف عن الاستيقاظ أو التوجه للنوم فى الأوقات المنتظمة . وفى بعض الأوقات يكون غير قادر على النوم، وذلك ناتج من نومه الزائد فى بعض الأوقات.. كما يرتبك نظام تناول الوجبات فى مواعيده. ويصبح الاحتفاظ بمواعيده أكثر صعوبة، ولا يمكنه التخطيط للمناسبات الاجتماعية .

٢٣- فترات اكتئاب عميق :

غالباً ما تكون مشاعر مدمن الخمر أو المخدر أكثر اكتئاباً .. يصبح الاكتئاب خطيراً ومدته تطول فى النهاية .. وينعكس على حياته بصورة سيئة، ويلاحظ

الآخرون ذلك ويصعب إنكاره .. الاكتئاب يكون صعب جداً خلال فترات وأوقات التخبط والتداعى.. الإعياء .. الغضب .. الوحدة .. كل ذلك يؤدى إلى أضرار الاكتئاب .. إن المدمن ينفصل عن الآخرين .. يصبح نزقاً سريع الغضب وفى تشاحن مع الآخرين، ويشكو بصفة مستمرة أن لا أحد يهتم به أو يفهم لماذا هو فى هذه الحالة.

المرحلة السابعة : فقدان السلوك الرقابى .. خلال هذه المرحلة يصبح المدمن غير قادر على أن ينظم أو يضبط سلوكه الشخصى وبرنامج عمله اليومى .. إنه لا يزال لديه إنكار شديد، وتصبح حياته مشوشة، ويحدث كثير من المشاكل فى كافة أجزاء حياته .

ومعظم الأعراض تحدث المشتركة هى :

٢٤- عدم الانتظام فى حضور الاجتماعات العلاجية اليومية لجماعات «المدمنين التائبين المجهولين .A. A» :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر فى التوقف عن الحضور المنتظم فى اجتماعات «المدمنين التائبين المجهولين .A. A»، ويبدأ فى أن يخطئ فى جدول مواعيد المرشدين الناصحين ضد الإدمان والعلاج ، ويجد لنفسه الأعذار المسوغة والمبررة لذلك ولا يستطيع أن يميز أهمية اجتماعات المدمنين التائبين المجهولين .A. A .

كما تبين أن اتجاهاته تظهر بحيث يردد قوله «إن جماعات المدمنين التائبين المجهولين .A. A والمرشدين الناصحين ضد الإدمان لا تجعلنى أشعر بتحسن .. لذلك لما يجب على أن أمنحها الأهمية الأولى ؟ الأشياء الأخرى أكثر أهمية .

٢٥- تزايد الإحساس بعدم الاهتمام، يقول «أنا لا يهمنى» .

يحاول مدمن الخمر أو المخدر أن يظهر أنه غير مهتم بمشاكله المستمرة المتواصلة ؛ لإخفاء مشاعر العجز وتزايد النقص فى احترام الذات والثقة بالنفس .

٢٦- رفض تام لأى مساعدة :

الفرد يقضى على نفسه بعدم اتصاله بالناس الذين يمكنهم مساعدته .. وهو يفعل ذلك خلال نوبات غضبه ليصرف انتباه الناس عنه، من خلال توجيه النقد إليهم ووضعهم فى مستوى أدنى، أو من خلال الانسحاب بهدوء من الأماكن التى تجمعه بالآخرين .

٢٧- عدم القناعة أو الرضا بالحياة .

تبدو الأشياء سيئة فى نظر مدمن الخمر أو المخدر، ويبدأ يفكر فى أن تعاطيه الخمر أو المخدر قد يكون أفضل؛ بحجة أن هذه الأشياء لن تصيبه بأى ضرر .

وتبدو مظاهر الحياة صعبة فى نظره، منذ توقفه عن تعاطى الخمر أو المخدر .

٢٨- الشعور بالعجز وضعف الإرادة .

تظهر المصاعب لمدمن الخمر أو المخدر «عند المبادرة» .. وتبدو لديه أشياء مزعجة ظاهرة وكئيبة وأشياء ذهنية .. ولا تستطيع مشاعره أن تفعل شيئاً إزاءها، ثم أنه يبدأ فى الاعتقاد أنه لا مخرج من ذلك كله .

المرحلة الثامنة : فقدان الانضباط والإدراك - ينهار إنكار مدمن الخمر أو المخدر.. وفجأة يدرك كيف كانت المشاكل قاسية .. وكيف أن حياته قد أصبحت قاسية .. وكيف أنه بقدر ضئيل من الإرادة والانضباط كان يمكنه حل أياً من هذه المشاكل . هذا الوعى بالآلام المفرطة والمرعبة . من هذا الوقت يصبح منعزلاً حيث لا يعود أحد لمساعدته .

وأغلب الأعراض المشتركة هى :

٢٩- الأسف على النفس :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر يشعر بالأسف تجاه نفسه، وغالباً ما يلجأ إلى الإشفاق على نفسه ليستدر انتباه جماعة «المدمنين التائبين المجهولين A. A.» أو أعضاء أسرته .

٣٠- التفكير فى الشرب المعتدل :

يتحقق مدمن الخمر من أن الشرب أو التعاطى للمخدر قد يساعده؛ لأنه يشعر بتحسن، وأن يبدأ معاونة نفسه عن طريق الشرب المعتدل مرة ثانية؛ وأنه يمكن أن يسيطر على ذلك ... أحياناً هذه الأفكار تكون قوية، ولا يمكن وقفها أو طردها من عقله.. ويوحى له هذا الشعور بأن عدم تعاطى الخمر أو المخدر سيجعله مجنونا أو أن يستسلم للانتحار .

من هنا يظهر له أن تعاطى الخمر أو المخدر، مثله كمثل التصرف الحسن والبديل المعقول .

٣١- الكذب مع سبق الإصرار :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر يميز الكذب والإنكار والأعذار، ولكنه يكون غير قادر على إيقاف ذلك .

٣٢- فقدان تام للثقة بالنفس :

مدمن الخمر أو المخدر مفرط فى حبس مشاعره وإخفائها، من خلال عدم القدرة على التفكير الواضح أو اتخاذ إجراء .. مرجع هذا الاعتقاد شعوره بأنه غير مهم وغير كفؤ ، ونتيجة لذلك يتكون لديه يقين بأن حياته صعبة وقاسية .

المرحلة التاسعة : تتوقف مشاعر مدمن الخمر أو المخدر خلال هذه المرحلة بسبب الألم وعدم القدرة على توجيه حياته .. وتبدو ملامح لاتجاهات ثلاثة : البعد عن الحماقة .. الانتحار .. أو تعاطى المخدر أو الخمر .. إنه لن يستمر على هذا الاعتقاد طويلاً، فإن أى فرد .. أى شيء يمكن أن يساعده ..

وأغلب الأعراض المشتركة هى :

٣٣- التذمر دون سبب :

يشعر مدمن الخمر أو المخدر بالغضب بسبب عدم قدرته على أن يسلك الاتجاه الذى يرغب فيه ، وأحياناً يكون الغضب على العالم بصفة عامة .. وأحياناً جزئياً على شخص ما .. وأحياناً على نفسه .

٣٤- وقف جميع وسائل العلاج وعدم حضور اجتماعات المدمنين المجهولين:

يتوقف مدمن الخمر أو المخدر عن حضور جميع اجتماعات «المدمنين المجهولين»، ويمتنع أيضا عن أخذ موانع التعاطى التى كان يأخذها أو ينسى أخذها بانتظام.. عندما يعاونه شخص فى جزء من العلاج يظهر توتره وصراعه .. الأمر الذى ينتهى به فى الغالب إلى إنهاء هذه العلاقة .. ويكف هذا الشخص عن مزاولة الإرشاد النفسى ،ولو فكر فى المساعدة .. فإنه يدعى علمه بها .

٣٥- تسيطر عليه مشاعر الوحدة والإحباط والغضب والتوتر:

مشاعر مدمن الخمر أو المخدر مخفاة تماماً .. إنه يعتقد أنه لا سبيل للخروج إلا بالتعاطى أو شرب الخمر .. أو الانتحار أو الخبل والجنون .. هذه هى مشاعره .. خوف شديد من الجنون ومشاعر عجز ويأس .

المرحلة العاشرة : حدة تعاقب الانتكاسة .. خلال هذه المرحلة يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير قادر كلياً على العمل بصفة عادية .. إنه ربما يتعاطى الخمر أو المخدر، أو ربما يصبح غير قادر، مع وجود اشتراطات تجعل من المستحيل قيامه بعمله .

وأغلب هذه الأعراض المشتركة هى :

٣٦- فقدان السلوك المنضبط :

تزداد تجارب المدمن صعوبة فى السيطرة على أفكاره . تخيلاته . أحكامه وسلوكياته .. هذا التفاقم وعدم المقدرة يفقده السيطرة، ويكون بداية سببية لمشاكل جادة فى كافة جوانب حياته .. وتبدأ الآثار الصحية وقوة كينونته، إنه لا أمر أصعب من محاولته استرداد السيطرة، وإنه لمن المستحيل أن يصل إلى ذلك .

٣٧- حدة تعاقب الانتكاسة :

الفترات الزمنية لتجارب مدمن الخمر أو المخدرات عندما يكون غير قادر كلية على العمل العادى .. هذه الفترات تصبح أكثر تكراراً وتزداد طولاً فى النهاية، ويبدأ ظهور كثير من المشاكل الجادة فى حياته، وتنتهى دورة الانتكاسة بتضارب حا، يجعل الفرد غير قادر تماماً على العمل لفترة ما من الوقت بسبب واحد أو أكثر من المشاكل التالية :

أ - **تخلخل فى كافة جوانب حياته :** قد يصبح مدمن الخمر أو المخدرات غير قادر أن يساهم فى مجال العمل ، المجتمع ، الأسرة وكل ما يتعلق بكافة جوانب حياته.. كنتيجة لذلك تعانى كافة جوانب حياته من جراء هذا الإهمال .

ب- **تعاطى الخمر أو المخدر :** قد يبدأ مدمن الخمر أو المخدر فى تعاطى الخمر أو المخدرات تحت مفهوم الهروب من الألم أو التشتت .. قد يكون ذلك هروباً ليسيطر على تعاطيه بواسطة تحديد المبلغ أو الهروب لفترة قصيرة واحدة مرحة، قدرته على السيطرة على التعاطى تنتهى فى الحال ، وهذه الأوقات تحدث بسرعة جداً .. أحياناً تحدث عقب فترة الشرب أو التعاطى .. يعود مدمن الخمر أو الكحول يعود إلى عدم السيطرة على تعاطيه الخمر أو المخدر..

جـ- **الإنهيار العاطفى :** قد يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير قادر عاطفيا على العمل ، قد يفرط فى رد الفعل زو يصبح مخدر عاطفياً أو يصيح أو يطير من الغضب بدون سبب مبرر كلياً .

د - **الإنهاك الجسدى** : قد يصبح من المستحيل على مدمن الخمر أو المخدر أن يستمر فى القيام بعمله ، بسبب الإنهاك الجسدى .

هـ- **الضغوط المتصلة بالأمراض** : قد يصاب مدمن المخدر أو الخمر بأمراض عضوية ، بسبب الضغوط الصعبة التى قد تحدث له نتيجة لطول الوقت .

و - **الأمراض النفسية** : قد تظهر على مدمن الخمر أو المخدرات الأمراض النفسية العويصة ، مثل مرض الذهان ، والذى قد يكون قاسيا ومقاوماً لعلاج المدمن .

ز - **الإنتحار** : قد يلجأ المدمن إلى الانتحار كمحاولة للهروب، أو قد ينتحر فعلاً .

ح - **الجنوح لارتكاب الحوادث** : قد يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير مهتم وغير قادر على أخذ الحماية العادية لحياته.. ونتيجة لتتابع هذه الحوادث ، قد تأخذ هذه الحوادث شكلاً معيناً، مثل: حوادث السيارات، السقوط ، الولادة ... إلخ، غالباً ما تهدد هذه الحوادث الحياة أو تحدث أضراراً بالغة .

ط- **تمزيق الكيان الاجتماعى** : قد يكون مدمن الخمر أو الكحول غير قادر على الانخراط فى أنشطة حياته العادية، وقد يصبح غير قادر اجتماعياً على العمل .

التمرين التاسع عشر:

استمارة استطلاع رأى المرضى حول
المحاضرات التعليمية ضمن البرنامج اليومى

أخى المريض :

إن الهدف من هذه الاستمارة الوقوف على رأيك الحقيقى حول موضوعات ومواعيد ودرجة استفادتك من المحاضرات التعليمية التى تشارك فيها ومعرفة مقترحاتك الإيجابية؛ لنتمكن من تطويرها بما يعود بالنفع والمصلحة ، آملين تعاونك فى الإجابة عنها بكل دقة وصراحة وشكراً .

١- هل يناسبك موعد المحاضرات اليومية حاليا؟ نعم ( ) لا ( )

٢- إذا كانت الإجابة بلا : أى الأوقات ترى أنها تناسبك أكثر .

أ- .... ب- ....

٣- لتحسين درجة استفادتك من هذه المحاضرات ، ماذا تقترح (اشر بعلامة (√) أمام ما يناسبك) .

أ- تغيير مواعيدها ( ) ب- تنويع موضوعاتها ( )

جـ- إضافة موضوعات جديدة ( )

٤- حدد مستوى الاستفادة الحقيقية من المحاضرات التى تحضرها (اشر بعلامة (√) أمام ما يناسبك) .

- أستفيد بدرجة محدودة ( ) - أستفيد بدرجة متوسطة ( )

- أستفيد بدرجة ممتازة ( ) - لا أستفيد ( )

٥- قائمة الموضوعات أدناه، سبق وأن شاركت فيها خلال تواجدك بالقسم ، ضع درجة من ١ إلى ١٠ حسب درجة استفادتك كما تشعر أمام كل منها :

* – المشاكل الأسرية والاجتماعية الناتجة عن الإدمان ــــــــ
– كيف تتعامل مع الغضب ــــــــ
– شرح البرنامج العلاجى بالمستشفى ــــــــ
– الأمراض المعدية الناتجة عن الإدمان ــــــــ
– الإنكار ــــــــ
– المضاعفات الصحية (العضوية) للإدمان ــــــــ
– الاثنتى عشرة خطوة ــــــــ
– أهمية ودور جماعات المساندة الذاتية ــــــــ
– دور الأسرة فى دعم التعافى ــــــــ
– فوائد التمارين الرياضية للمتعافى ــــــــ
– كيف تتعامل مع الضغوط النفسية خلال التعافى ــــــــ
– كيف تتعامل مع الضغوط الاجتماعية خلال التعافى ــــــــ
– أهمية العلاج بالإبر الصينية والنوروتون ــــــــ
– أهمية العلاج بالإرجاع الحيوى ــــــــ
– أهمية العلاج بالعمل ــــــــ
– أساليب التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بالإدمان ــــــــ
– الإدمان والإيدز ــــــــ
– كيف تتعامل مع المشاعر المؤلمة خلال التعافى ــــــــ
– كيف تتعامل مع الخجل والقلق ــــــــ
– مفهوم الإدمان كمرض ــــــــ
– العلامات المنذرة للانتكاسة وطرق تجنبها ــــــــ
– كيف تتعامل مع المجتمع بعد الخروج من المستشفى ــــــــ
– كيف تنمى ثقة الأسرة بك خلال التعافى ــــــــ
– كيف تتعامل مع تغير الأدوار داخل الأسرة بعد الخروج ــــــــ

---

* هذه الموضوعات تصلح فى أمرين :
الأول : محاضرات تثقيفية لزيادة الوعى والاستبصار لدى مريض الإدمان .
الثانى : تصلح كموضوعات يمكن أن تطرح فى جلسات العلاج النفسى الجمعى .

٦- هل لديك موضوعات أخرى ترى إضافتها لموضوعات المحاضرات، خلال الفترة المقبلة ، اكتبها من فضلك :

- ....
- ....
- ....
- ....

(٢) مراجع الجزء الثانى

أولاً : المراجع العربية

ثانياً : المراجع الأجنبية

المراجــــع

أولا : المراجع العربية :

١- أحمد عكاشة (١٩٩٤) . **الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة** ، القاهرة ، الندوة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان (٢٩ - ٣٠ أكتوبر) ، القاهرة، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص :٢٤٣ - ٢٤٩ .

٢- آرثر . ى . جونجسما ، له مارك بيترسون (١٩٩٧) . **خطة العلاج النفسى** (ترجمة) عادل دمرداش ، مراجعة : لطفى فطيم ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .

٣- إسماعيل عبد الحميد سعيد ، يحيى تركى الخزرج (١٩٩٨) . **عوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج والاستشفاء** : دراسة ميدانية لطالبى العلاج من إدمان الهيروين بمستشفى أمل جدة ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، العدد التاسع، ص ص: ٧٩ - ١١٢ .

٤- المدمنون المجهولون (ب . ت) **الطريق للعلاج من الإدمان** ، (ترجمة) شريف فهيم ، ناصر لوزا ، القاهرة ، مستشفى بهمان ، حلوان.

٥- جبيل روزيلليني ، ومارك ووردن (١٩٩٦) . **القلق والتعافى من الإدمان** ، (ترجمة) عادل دمرداش ، مطبوعات مستشفى أمل الدمام ، السعودية .

٦- خالد عبد المحسن بدر (١٩٩٤) . **العلاقة بين تعاطى المواد النفسية والاضطراب النفسى** ، الندوة القومية للمدخرات وعلاج الأدمان ، القاهرة ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص : ٣٣١٩ - ٣٣١ .

٧- سعود بن ضحيان ، نايف المطيرى (٢٠٠٠) . **مدى توافق المريض (المدمن لحالته مع تقييم الفريق المعالج وارتباط ذلك بقيم**

المريض الدينية ، مجلة كلية الآداب ، جامعة حلوان ، العدد الثامن (يوليو) ص ص : ٢٤٥ – ٢٨٠ .

٨- عبدالله الجوهى (١٩٩٩) . **أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق فى تخفيض القلق لدى عينة من معتمدى الهيروين**، جامعة الملك فيصل ، السعودية، سلسلة مشروع وزارة التعليم العالى العدد (٢٨٥) .

٩- على مفتاح (٢٠٠٣) . **فعالية برنامج معرفى سلوكى على بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان** ، مجلد المنهج العلمى والسلوك، طنطا ، العدد الثانى ، الجزء الثانى (يناير) ، ص ص : ٥٧٩ – ٦٣٣ .

١٠- على مفتاح (١٩٩٥) **اضطرابات الشخصية والإدمان ، دراسة إكلينيكية**، المنيا ، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، يناير ، ص ص ١ – ١٦ .

١١- لطفى فطيم (١٩٩٤) . **العلاج النفسى الجمعى** ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

١٢- ماجدة حسين محمود (١٩٩١) . **سيكولوجية المجرم العائد – دراسة نفسية اجتماعية**، ماجستير غير منشور ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

١٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٢) . **دراسة نفسية متعمقة لحالة إدمان متعدد** ، مجلة علم النفس ، العدد (٦٤) السنة (١٦) الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص : ٤٠ – ٦٣ .

١٤- محمد حسن غانم (٢٠٠١) . **برنامج علاجى نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات** ، أسيوط ، مجلة كلية الآداب ، جامعة أسيوط ، العدد ٢٧ يوليو، ص ص ٢٧٨ – ٣٠٦ .

١٥- محمد حسن غانم (٢٠٠٠) . **الدافعية للعلاج لدى المدمنين – دراسة نفسية مقارنة**، القاهرة ، المجلة النفسية للدراسات النفسية ، العدد (٢٥) ، مجلد ١٠ ، يناير ، ص ص : ٣١ – ٤٦ .

١٦- مدحت أبو زيد (١٩٩٨) . **الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى** ، مجلة الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس، العدد الثامن ، السنة السادسة ، ص ص : ٢٠٩ - ٢٩٣ .

١٧- مدحت أبو زيد (٢٠٠٢) . الجامعات العلاجية بالمساعدة الذاتية : دراسة أمبيريقية فى كتاب : **العلاج النفسى وتطبيقات الجماعة** ، الجزء الثالث ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ص ص : ٤٩٩ – ٥٧٨ .

ثانيا : المراجع الأجنبية :

(18) American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of Mental Disorderis. Fourth Edition. Washington. D C, ***American Psychiatric Association,*** W. S. A.

(19) Apsler, R. (1999). The Drug Abuse treatment Effective ? What we know, what we Don't, what this means for the nations Drug strategy, ***American Enterprise, Vol. (5), No. (2),*** pp. 46 - 53 .

(20) Al - Najar, M. & Klark, D. (1996). Self esteem and trait anxiety in relation to drug misuse k..wait. ***Substance Use and Misuse, Vol. (31), No. (7),*** pp. 937 - 934 .

(21) Barnea, Z., Rahar. G. & Teichmass. M. (1992) Alcohol consumption among sraeil youth - 1989 : Epidemiology and demographics. ***British Journal of Addiction. Vol. (87), No. (2)*** pp . 295 - 302 .

(22) Fishbein, M. & Ajzen, I (1975) ***Belief, Attitude, intention and behavior.*** An introduction to theory and research. Reading Mass: Addison - Wesley .

(23) Hawkins, J. & Catalano, R. & Miller, J. (1992) Risk and Protective Factors For Alcohol and other Drug Proplems in Adolescnce and Adulthood: implication for substance Abuse prevention. ***Psychological Bulletin, 122 (1).*** pp. 64 - 105 .

(24) Oleary, T., Rohsenow. D., Martin, R. (2000) the relationship between anxiety levels and outcome of cocaine Abuse treatment. ***American Journal of Drug and Alcohol Abuse., Vol. (26), No. (2),*** pp. 179 - 194.

(24) Shahandeh, Behrow (1985) ***Rehabilition approaches to Drug and Alcohol Dependence, Geneva international Labour Office.***

(26) WHO, (1992). the ICD - ***10, Classification of Mental and Behavioral Disorders***, clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, ***Geneva.***

المؤلف فى سطور

- د. محمد حسن غانم.
- معالج نفسى وأستاذ علم النفس المساعد (حاليا).
- جامعة حلوان – كلية الآداب .
- عضو فى عديد من الجمعيات النفسية .
- عضو اتحاد الكتاب .
- عضو نادى القصة .

- له عديد من الكتب الاكاديمية، مثل :

* علم النفس الإكلينيكى : الجزء الأول والجزء الثانى .
* اتجاهات حديثة فى العلاج النفسى .
* العلاج النفسى الجمعى .
* الإدمان : أضراره .. نظريات تفسيره .
* سيكولوجية الملابس.
* سيكولوجية التلقى .
* علم النفس الجنائى .
* قراءة نفسية لملحمة الحرافيش لنجيب محفوظ .

- له عديد من الأبحاث النفسية مثل :

* رؤية عينة من المثقفين المصريين لظاهرة العنف .
* القدوة والمثل الأعلى لدى طلاب الجامعة .
* القدوة والمثل الأعلى لدى طلاب الثانوى .
* الزواج العرفى (رؤية سيكولوجية) .
* المدمنون وقضايا الإدمان .
* دوافع التردد للعلاج من الإدمان.
* مفهوم الذات لدى أطفال الشوارع، وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية .
* وعديد من الدراسات التى تناولت شريحة المسنين وغيرها من الدراسات .

العلاج والتأهيل
النفسي والاجتماعي
للمدمنين

هذا الكتاب

لاجدال فى أن الثروة البشريـة غدت مضمار السباق بين الأمم .. إذ إنها تمثل ذلـك الـمورد الـمتجدد الـذى لايـنضب معينـه فى إخراج طموحات وآمال أية دولة إلى حيز الوجود .. هذا ما يمثل نقطة انطلاق هذا الكتاب الذى يضم ستة فصول ، تنطلق من مسلمة أن المدمن ، هو قوة بشرية يستحسـن إعادة تأهيلها وعلاجها لتعود قوة اجتماعية مؤثرة فى المسـار الطبيعى الصحيح لإنجازات أمة ما ..

يـأتى الـكتاب - ضمن مؤلفات قليلة للغايـة - تركز على ضرورة العلاج والتأهيل ، مفسـرة أبعاد تلك الضرورة فى تناول واقع المدمن ، ثم تحليـل مدخل الـعلاج والـتأهيل وتناول بعض الاجتهادات الـمختلفة لأنـمـاط ذلك التأهيل وما تثيره من قضايا واستشكالات تتصل بمضمون كل عنصر من عناصر الموقف العلاجى .. ثم يتناول الأشكال المختلفة لـلـعلاجات الـنفسـيـة للإدمان ومفاهيم التأهيـل النفسـى والاجتماعى ، مسـتعرضًا تجارب الأمم من خلال دراسـات ميدانية ، مستخلصًا منها السبيل الأمثل لهذا العلاج والتأهيل..

الكتاب بلا شك يتناول حدثـًا من الأحدلث الاجتماعية السـاخنة ، الـتى لا تحتاج فى مواجهتها إلـى مواراة أو الـتفاف .. بـل تحتاج إلـى المصـارحة والمكاشفة وحشد ما يلزم من جهود لإعـادة ثروة بش ضلت سبيلها ، إلى جـادة الطـريق ....،

الن

